PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XXV. – 1886.



Kraków.

NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,

w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

1886.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXV. „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają strony).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

VI. Sprawozdania.

VII. Wiadomości pomniejsze.

VIII. Nekrologija.

IX

Spis Autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 stycznia 1886. № 1. Rok XXV.

I. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

Obawa przed otwarciem jamy brzusznéj zakorzeniona w epoce przedantyseptycznéj, kiedy głos powszechny uznawał każdą laparatomiję za bezwzględnie groźną dla życia, należy dziś na szczęście do historyi. Ufność w dzisiejszą technikę, zdobytą dla chirurgii jamy brzusznéj, użycza operującemu niezbędnéj pewności i spokoju do wykonania najcięższych zabiegów w jamie brzucha, i zachęca również lekarza nieoperującego do poddania z czystém sumieniem swych chorych operacyjom, których wynik przestał być dzisiaj igraszką losu. Zbyteczną byłoby rzeczą dowodzić, że powodzenie uzyskane dla operacyj brzusznych zawdzięczyć trzeba antyseptyce, podobnie jak to ma miejsce w innych krwawych zabiegach, a choć dzisiaj jeszcze niektórzy chirurgowie angielscy, na czele których stoi Tait, jawnie twierdzą, że antyseptyka pozostaje bez wpływu na pewność leczenia po laparatomijach, to twierdzenie ich polega na całkiem jednostronném i błędném zrozumieniu pojęcia antyseptyki.

Z drugiéj strony wypływa z rozwoju chirurgii jamy brzusznéj, a zwłaszcza z rozwoju owaryjotomii, że zastósowanie antyseptyki do tych zabiegów nie miało tak doraźnego wpływu, ile go zyskano na innych obszarach chirurgii operacyjnéj. Wyniki laparatomij nie poprawiły się za jednym zamachem, jak to np. pokazało się po amputacyjach, resekcyjach i operacyi wola. Wiadomo, iż Spencer Wells, Keith, Koeberlé i inni cieszyli się jeszcze przed wprowadzeniem metody Listera tak świetnemi wynikami po owaryjotomijach, że wpływ antyseptyki mógł tu wywrzeć poprawę tylko wśród szczupłych granic. W żadnym razie metoda Listera nie zdołała usunąć w każdym przypadku niebezpieczeństwa operacyj w jamie brzusznéj z tą pewnością, którą daje przy innych zabiegach operacyjnych i dziś jeszcze zdarzają się w przebiegu laparatomij powikłania, urągające dotychczasowym zasadom antyseptyki i nie rzadko prowadzące do powstania posokowatego zapalenia otrzewny. Podczas gdy zwyczajna owarytomija, *lege artis* wykonana, choćby nawet połączoną była z miernemi zrostami, nie zagraża choréj więcéj, niż odcięcie sutka, to nie brak natomiast przypadków, gdzie nawet najsumienniejszy wyznawca antyseptyki nie jest w stanie ustrzedz się napewne zapalenia otrzewny albo tkanki łącznéj podsurowiczéj.

Pełną groźnego niebezpieczeństwa jest zwłaszcza pewna grupa hysterotomij lub raczéj myomotomij, po części i owaryjotomij, w któréj znachodzi się guz znacznych rozmiarów, wrośnięty w miednicę, lub wychodzący już pierwotnie z tkanki podsurowiczéj z pomiędzy blaszek więzadła szerokiego, lub téż poczynający się w miąższu saméj macicy, Po wyłuszczeniu takich guzów powstaje znaczna jama ranna. ognisko martwe w miednicy, zkąd nader łatwo bierze początek zakażenie posokowate otrzewny i tkanki podsurowiczéj. Znaczenie przypadające podobnym ogniskom martwym, zwłaszcza ze względu na hysterotomiję, uwydatniają najlepiéj następujące liczby. Spencer Wells, któremu udało się w ostatnich latach zniżyć odsetek śmiertelności po owaryjotomij do 10%, postradał z 50 przypadków myomotomij 24, a więc prawie połowę. Schröder, (*Centralbl: f. Gynaekologie* 1885. Nr. 45.) wykazujący w trzeciéj setce owaryjotomij, przez siebie wykonanych, tylko siedem przypadków śmierci, utracił 32 ze 100 operowanych hysterotomij. (*Die Myomotomie von M. Hofmeier* Stuttgart. 1884). Wprawdzie nie zawsze było przyczyną śmierci zakażenie septyczne, gdyż w 10 przypadkach z pomiędzy tych 32 przyczynę zejścia śmiertelnego odnieść należy do wstrząsu, zaniku serca, anemii i t. d., w każdym jednak razie pozostaje jeszcze 22 procent śmiertelności, wywołanéj zakażeniem

septycznêm, którym nie objęte są nadto 3 przypadki zakażenia, uleczone po przebiciu się wysięku, jak również i te, gdzie śmierć głównie była wynikiem innych chorób.

Nader pouczającym jest dokładny rozbiór statystyki Schrödera. Na 100 operowanych myomotomij wydarzyło się 28 przypadków, gdzie guz trzeba było wyłuszczyć z miednicy, i śród tychże dołączyło się 15 razy ($53\frac{1}{2}$%) zakażenie septyczne; w pozostałéj reszcie, a więc 72 przypadkach, tylko 10 razy (14%) rozwinęło się zapalenie otrzewny posokowate.

Bez wątpienia nie mały niepokój obudzić musi okoliczność, jeśli tak zręczny chirurg i surowy na punkcie przestrzegania antyseptyki operator, jak Schröder, nie zdołał nawet w połowie powikłanych przypadków zażegnać grozy martwych ognisk w miednicy, ani ustrzedz się zakażenia posokowatego otrzewny. Odsetek liczący $53\frac{1}{2}$ przypadków z zakażeniem septycznêm przedstawia tak wygórowaną cyfrę, że z innych zabiegów operacyjnych jedynie najgorsze wykazy za czasów przedantyseptycznych mierzyć się z niemi mogą, posłużyć jednak może równocześnie za dowód, jak niedołężne są dotąd stosowane środki, celem zapobieżenia szkodliwościom wynikłym z ognisk martwych w miednicy. Zadaniem naszém przeto śledzić pilnie przyczyny zakażenia posokowatego w tych przypadkach i wytknąć drogę, celem zwalczenia tego ostatniego szkopułu, na który natrafia antyseptyka jamy brzusznéj.

Sprawą tą zajmuję się od dłuższego już czasu, przed 5 bowiem laty wykazałem w pracy ogłoszonéj w Archiwie Langenbecka (T. XXVI) znaczenie ognisk martwych w ogóle, a w szczególności w jamie brzusznéj, a zapatrywania moje o téj kwestyi znalazły ogólne uznanie. Podano szereg projektów, których celem miało być usunięcie niebezpieczeństwa, wynikającego z nadmienionego wyżéj powikłania. Zachowując sobie na późniéj omówienie bliższe tych projektów, zaznaczam tutaj, że w części odpowiadają one celowi i już nieraz stosowano je ze skutkiem, że przecież nie zawsze dają się przeprowadzić. Dotąd nie posiadamy wcale metody ogólnéj do usunięcia ognisk martwych z jamy brzusznéj.

Przeszło od roku posługuję się środkiem, który, jak mniemam, zasługuje w tym kierunku na ogólniejsze zastósowanie. Dla ugruntowania tego środka pozwolę sobie przedewszystkiém przytoczyć najważniejsze punkty, odnoszące się do znaczenia ognisk martwych z uwzględnieniem odrębnych stosunków w jamie otrzewny.

Odsłoniętą przy pomocy noża otrzewnę porównywano wprzódy wielokrotnie z wielką raną jamistą, a porównanie to nie zbyt szczęśliwe pociągnęło za sobą liczne błędy a zwłaszcza tę ciężką przewinę, że starano się zrazu całkiem szablonowo nagiąć metodę Listera do ran otrzewny. Otwarta jama otrzewny odróżnia się tak dalece od zwykłych powierzchni rannych, że znaczenie jéj, jako *cavum sui generis* zostać się musi równie wobec chirurga, jakoteż anatoma i fizyjologa.

Przedewszystkiém obszar jamy otrzewny wyróżnia ją od innych jam rannych, gdyż według obliczenia Wegnera powierzchnia całéj otrzewny dochodzi wielkością swą powierzchni zewnętrznéj całego ciała, tak, że nawet rozległe rany operacyjne, jakie stwarza np. wyłuszczenie uda, nie dorównywają nawet dziesiątéj części téj powierzchni. Powtóre worek otrzewny, kryjący w swém wnętrzu ruchome i samoistnym ruchem przesuwające się trzewa, objęty jest ruchomemi ścianami, z których przepona znowu bez przerwy spełnia swoje czynności.

Z tych też powodów ustalenie opatrunkiem, odgrywające tak ważną rolę przy innych ranach operacyjnych, przy ranach otrzewny w zupełności zawodzi, a skutkiem rozległych obszarów powierzchni otrzewnowéj i nieustannego przesuwania się, jakoteż ruchu pojedyńczych jéj części, rozwijający się proces zapalny zajmuje częstokroć gwałtownie i szybkim krokiem całą otrzewnę. Toż samo źródło zakażenia wzniecające w zwykłéj ranie przemijające zaburzenie, mały ropień zaledwo, może w jamie otrzewny rozniecić śmiertelne zapalenie, i gdy w pierwszym przypadku wystarczy następowe wprowadzenie sączka, w razie drugim bezskutecznemi się się okazały dotychczasowe środki, zmierzające do ujęcia w granice już szerzącego się zakażenia.

Nie małą wagę mają również właściwości otrzewny, tj. zdolność wsysania i przesączania, zyskujące têm większe znaczenie skutkiem rozległéj powierzchni otrzewny. Podczas gdy zwykła powierzchnia ranna wydziela w pierwszych stanowczych dniach wiele, a wsysa mało, otrzewna zdolną jest śród wszelkich warunków do chłonienia bardzo znacznych ilości cieczy, bo według rachunku Wegnera nawet 8% całego ciężaru ciało w przeciągu jednéj godziny. Ta własność tłumaczy nam też rażne wsysanie zakaźnéj wypociny i rychłe pojawienie się ogólnych objawów zakażenia, lecz wzbrania zarazem bezpośredniego użycia silnych środków antyseptycznych. Zmywanie rozczynem kwasu karbolowego lub sublimatu z korzyścią stósowane na inne rany, groziłoby tu zbyt wielkiém niebezpieczeństwem ogólnego otrucia. Z drugiéj strony zdolność chłonienia właściwa otrzewnie nie małą przynosi korzyść, umożliwiając wessanie nawet sporych ilości cieczy, które jużto pozostały w niéj po operacyi, lub też nagromadziły się w niéj następowo. Krew i wydzielina ranna, ciecz puchlinowa, a nawet częstokroć treść trobieli jajnika nie sprowadzają szkody po wessaniu, jeśli tylko nie ulegną zakażeniu, lub nie podpadają zbyt łatwo rozkładowi, tj. jeśli nie przedstawiają zbyt korzystnego gruntu dla rozwoju bakteryj.

Zdolność otrzewny do przesączania i wysiąku zawisła głównie od natury i natężenia bodźca drażniącego; rozległe zapalenie otrzewny wiąże się pospolicie z obfitą ilością cieczy, nagromadzonéj między poszczególnemi zaułkami téj błony, lecz nie zawsze, jak wiadomo, wydziela otrzewna płynny wysięk, skoro ulegnie zadrażnieniu. Szereg środków chemicznych i mechanicznych wywołuje bowiem wysięk plastyczny, nacechowany własnością szybkiego i silnego zlepiania powierzchni otrzewny naprzeciw siebie leżących. Ograniczony ten proces zapalny, tak zwane zapalenie zlepne otrzewny, przedstawia dla chirurga całą doniosłość właściwości otrzewny, gdyż większą część dzisiejszéj techniki operacyjnéj, jakoto szew jelita, podwiązki *en masse* i t. d. spoczęły na jego podstawie. Zapalenie zlepne otrzewny tłumi zarazem śród korzystnych warunków groźne inaczéj niebezpieczeństwo, wynikłe z zakażenia otrzewny, otorbiając bardzo często ogniska zapalne.

Streszczając to, co dotąd omówiłem, muszę wyznać, że własności otrzewny wogóle utrudniają nader zastósowanie antyseptyki w jamie brzusznéj. Nadzwyczajna drażliwość otrzewny wobec zarodków zakaźnych zmusza nas do ściślejszego przestrzegania prawideł ostrożności, niżli to ma miejsce w innych ranach. Jeszcze jeden moment wpływa na trudność położenia, a ten przedstawia się jak następuje: zwykłą ranę operacyjną, śród zabiegu może przypadkowo zakażoną, nie trudno zabezpieczyć przed rozwinięciem się zakażenia przez

końcowe obmycie jéj rozczynem kwasu karbolowego, a nadto przez zaopatrzenie jéj w sączki, które zakaźną wydzielinę odprowadzają na zewnątrz. W jamie otrzewny oba sposoby nie dają się zużytkować; drenowanie według prawideł podanych dla ran zwyczajnych w ogóle nie jest możebném, a nawet grozi niebezpieczeństwem, jak to jeszcze późniéj będę miał sposobność uwydatnić. Z drugiéj zaś strony jest ono pospolicie zbyteczném, gdyż otrzewna chłonie ciecze tak żywo, że wśród zwyczajnych warunków nie zachodzi potrzeba usuwania wydzieliny na zewnątrz, a ta okoliczność niezawodnie ułatwia nam leczenie ran po laparatomii w największéj liczbie przypadków. Prócz zdolności chłonienia wspomaga nadto jeszcze dążność otrzewny do wysięków plastycznych zabiegi antyseptyczne w laparatomijach.

Wyzyskując starannie obie własności powyższe, uzbrojona w dwójnasób silniéj w zwykłe ostrożności przeciw pierwotnemu zakażeniu septycznemu, stanęła dzisiejsza technika na tym stopniu, że z równą pewnością, jak przy innych operacyjach, możemy śmiało ręczyć za przebieg laparatomij. Od reguły téj stanowią jednak wyjątek przytoczone pierwéj przypadki, w których wypada wyłuszczyć guz, z samą miednicą stojący w związku; roztrząśnienia zaś ostatnie dotyczą jedynie zdrowéj, nieuszkodzonéj otrzewny i prawidłowo odbywającéj swe czynności. Jama otrzewny pozbawiona gdziekolwiek prawidłowéj swéj wyściółki, przedstawia w témże miejscu powierzchnię ranną, zachowującą się nie inaczéj, jak każda inna ranna; lecz tamująca zarazem czynności prawidłowe otrzewny. Istotę rzeczy stanowi w tym przypadku wielkość rany otrzewnowéj i miejsce jéj usadowienia w jamie otrzewny po operacyi. (C. d. n.).

II. O krążeniu krwi w komórce zwojowéj.

Przez Prof. Dra Adamkiewicza.

O t. z. siatkach i przestworach w tkance nerwowéj.

Przed dwoma laty ogłoszone badania moje o unaczynieniu rdzenia pacierzowego człowieka (*Die Blutgefässe des menschl. Rückenmarkes.* Rozprawy wied. Akademii Umiejętn. T. LXXXIV i LXXXV 1882 i 1883), nie tylko dały poznać szczegółowy przebieg naczyń w rdzeniu pacierzowym, ale także ugruntowały prawo ogólnofizyjologicznego znaczenia.— Wykazały one bowiem, że ilość krwi dopływającéj nie we wszystkich częściach rdzenia pacierzowego jest jednakową, lecz że zależy ona w prostym stosunku od obfitości odpowiednéj części rdzenia pacierzowego w zwoje.

Największą ilość krwi otrzymują obydwa zgrubienia rdzenia pacierzowego, mianowicie miejsca, z których wychodzą największe sploty nerwowe dla odnóg górnych i dolnych. Najmniéj w krew zaopatrywaną jest część piersiowa, z któréj też najdrobniejsze, jak wykazałem (*Arch. Virchowa* T. LXXXVIII, 1882) często niedostatecznie wykształcone, pary korzeniowe biorą swoj początek.

Rozpołożenie naczyń wewnątrz istoty rdzeniowéj jest zależném także od obfitości zwojów. Naczynia dostają się do rdzenia pacierzowego od obwodu i przebiegają przez istotę białą, aby się dostać do szaréj i w niéj dopiero w naczynia włosowate się rozdzielać. Istota więc biała rdzenia pacierzowego bezzwojowa ma dla naczyń rdzenia pacierzowego przeważnie tylko znaczenie podłoża. Dostawszy się zaś do istoty szaréj, a więc zwoje posiadającéj, rozgałęziają się w niéj jako w istocie będącéj dla nich właściwém polem rozgałęzienia i odżywienia.

Gęstość siatki naczyniowéj wewnątrz saméj istoty szaréj jest znowu zależną od ilości zwojów. Jest tam największą, gdzie najwięcéj znajduje się zwojów tj. w przednich rogach szaréj istoty, podczas gdy najsłabszą jest w środku szaréj istoty, gdzie zwojów wcale nie ma. Daléj nie siągnęły moje ówczesne poszukiwania. A przecież brakowało im jeszcze własciwego zakończenia, na które dopiero co opisane fakty wskazywały, wykazując, że ilość naczyń w prostym stoi stosunku do zwojów a wykazując przez to, że między zwojami a krwią musi istnieć pewien związek ściślejszy. Zbadanie tego stosunku pozostało wówczas pytaniem nierozwiązaném. Musiałem wtenczas to bardzo zajmujące i ustawicznie na myśl nasuwające się pytanie, jakiego rodzaju ten związek być może, zostawić w zawieszeniu. Jedynym rezultatem, który zdawał się do tego dążyć, było wykazanie przezemnie t. z. „siatek międzywlosowatych.“

Rozumiałem przez nie siatki drugiego rzędu, które z naczyń włosowatych krwionośnych nastrzyknąć można było i które zdawały się wypełniać cały system między sobą komunikujących otworów kształtu gwiazdkowatego. Bliższe badania tych międzywłosowatych siatek, kształtem swym żywo kanaliki sokowe w tkance łącznéj przypominających, przekonały mnie, że siatki te wśród prawidłowych stosunków nie są krwionośnemi, ani nawet preeksystującemi przestworami, lecz że sąto zapewne przestwory wśródtkaninowe, które dopiero w skutek ucisku masy injekcyjnéj sztucznie zrobione zostały. W narządach układu centralnego nie krąży krew nigdzie, jak o tém przekonałem się teraz, w przestworach bez ścian, lecz w preformowanych naczyniach, które charakter rur aż do końca swego zatrzymują.

Jak to zakończenie wygląda, to wyjaśnią poniżéj przedstawić się mające stosunki unaczynienia zwojów. Jeżeli się nie mylę to wyjaśnienie to będzie miało zasadnicze znaczenie dla sprawy dotychczas zupełnie nieznanego odżywienia pojedyńczego pierwiastka tkaninowego.

O siatce krwionośnéj zwojów międzykręgowych.

Z wielu prób wyniosłem to przekonanie, że przez nastrzykiwanie rdzenia pacierzowego klejem nic więcéj jak obszary i siatki naczyń włosowatych istoty szaréj i białéj uwidocznić się nie da. Tam gdzie masa klejowa opuszcza ściany naczyń włosowatych, tam wciska się co najwyżéj w dopiero co opisane, sztucznie zrobione przestwory, które dla nas nie mają żadnego znaczenia.

Jak już w pierwszych mych pracach podniosłem, pojedyńcze oczka naczyń włosowatych zwykle są daleko większe aniżeli ciałka zwojowe, które w nich leżą, a nie mogąc znaleźć pomiędzy pojedyńczemi siatkami a komórkami bezpośredniego związku, przypisałem winę tego ujemnego wyniku niewystarczającéj technice samego sposobu nastrzykiwania.

W szczególności musiałem myśleć, że najprawdopodobniéj nadzwyczajna cienkość dróg łączących naczynia włosowate ze zwojami w rdzeniu stoi na zawadzie, że masa klejowa w drogi te wcisnąć się nie jest w stanie.

Dla tego przeniosłem badanie stosunków krążenia w zwojach na pole, na którém, dla większego kształtu znajdujących się tu zwojów i dla wybitniejszéj ich budowy i pod-

łoża, pomyślniejszych rezultatów z nastrzykiwania spodziewać się miałem przyczynę.

Można było bowiem przypuszczać, że ogólny pierwowzór odżywienia zwojów we wszystkich obszarach zwojów jest jeden i ten sam i że wykazanie stosunków krążenia w pewnym rodzaju zwojów równocześnie daje poznać główne prawidło, według którego odżywianie zwojów odbywa. się także we wszystkich innych miejscach.

Ponieważ zwoje międzykręgowe dla wspomnianych korzystnych warunków wydawały mi się być do nastrzykiwania odpowiedniemi, postanowiłem więc zbadać wśród nich system krążenia. Z technicznych względów, których natura wkrótce się wyjaśni, posługiwałem się do moich celów zwojami międzykręgowemi trzech górnych korzeni splotu barkowego.

1. Ogólne ułożenie naczyń w zwojach międzykręgowych.

W drugiéj części moich badań nad naczyniami krwionośnemi rdzenia pacierzowego człowieka (Rozprawy Akad. Umiej. wiedeń. l. c.) wykazałem, że zupełnie błędném było dawniejsze mniemanie, jakoby cały rdzeń pacierzowy był krwią zaopatrywanym przez t. z. tętnicę rdzeniową przednią *(art. spinalis anterior)* i jakoby krew wzdłuż rdzenia pacierzowego z góry na dół płynęła. Krew płynąca w tętnicy kręgowéj w bardzo małym tylko stopniu służy rdzeniowi pacierzowemu. Większa jéj część dąży do mózgu. Małe tylko gałązki téjże, mianowicie moje tętnice kręgowo-rdzeniowe przednie i tylne (*Aa. vertebro-spinales anteriores et posteriores)*, doprowadzają górnéj części rdzenia pacierzowego, części szyjnéj, względnie małą ilość krwi. Podobnie jak dla rdzenia tak i dla zwojów międzykręgowych prąd krwi tętnicy kręgowéj (*art. vertebralis*) jest bez znaczenia. Byłoby to zatém daremnym trudem, starać się z tętnicy kręgowéj nastrzyknąć zwoje międzykręgowe.

Do rdzenia pacierzowego dopływa krew, jak wykazałem, w drogach tętniczych, które z boków w towarzystwie przednich i tylnych korzeni do rdzenia dochodzą i które nazwałem tętnicami rdzeniowemi przedniemi względnie tylnemi (Rozpr. Akad. Um. wied. l. c.). Tętnice te rdzeniowe dzielą się na przedniéj, względnie na tylnéj, powierzchni rdzenia w osi podłużnéj rdzenia pacierzowego i tworzą obfite powierzchowne, podłużne anastomozy, z których wreszcie wychodzą gałązki i gałązeczki do istoty rdzeniowéj.

Zwoje międzykręgowe zaopatrywane są przez krew z podwójnego źródła: 1) wprost przez tętnice rdzeniowe, szczególnie tylne a 2) pośrednio przez podłużne anastomozy, które między innemi odsyłają także gałązki do korzeni, moje *Aa. radicinae*, a przez nie krew do odpowiednich zwojów międzykręgowych.

Najodpowiedniejszą więc drogą do nastrzykania zwojów międzykręgowych byłyby tętnice rdzeniowe. Nadzwyczaj jednak mozolne i żmudne badania przekonały mnie, że droga ta nie wynagradza trudu. Przy tak licznych drogach komunikacyjnych, jakie anastomozy podłużne we wszystkich kierunkach posiadają, jest rzadkim przypadkiem, jeżeli masa injekcyjna dostaje się na szerokiéj drodze podłużnych anastomoz do zwojów międzykręgowych za pośrednictwem *Aa. radicinae.*

Na pośrednie połączenie naczyń pomiędzy *Aa. spinales* i zwojami międzykręgowemi już dla tego liczyć nie można, ponieważ tętnica rdzenia w celu nastrzykania musi być odpreparowaną, t. j. od otaczającéj tkanki odłączoną, przyczém właśnie najważniejsze połączenia ze zwojami zostają uszkodzone.

2. Tętnice obszaru międzykręgowego splotu barkowego.

W jedném tylko miejscu warunki dla nastrzykania zwojów międzykręgowych są korzystniejsze.

Miejscem tém jest splot barkowy.

Tu, gdzie prawie z każdym korzeniem tętnica rdzeniowa do rdzenia pacierzowego biegnie, odchodzą przednie tętnice rdzeniowe trzech górnych korzeni splotu barkowego, mianowicie korzeni V, VI i VII nerwu szyjnego, wspólnie bezpośrednio od pnia tętnicy kręgowéj. Dla tego téż można nastrzyknąć tętnice rdzeniowe trzech wyżéj wymienionych korzeni szyjnych z tętnicy kręgowéj i to bez wielkich trudności.

1. Zamiast bowiem cienkiego pnia nastrzykuje się pień grubości pióra gęsiego, co upraszcza nadzwyczaj technikę nastrzykiwania i zabezpiecza pomyślny wynik.

2. Z tętnicy kręgowéj nastrzykuje się równocześnie trzy tętnice rdzeniowe.

3. Nastrzykując tętnicę kręgową nie potrzebujemy odpreparowywać odpowiednich tętnic rdzeniowych, pozostawiając je przez to w naturalném położeniu wraz z gałązkami do odpowiednich zwojów międzykręgowych przebiegającemi, a wreszcie

4. Tętnica kręgowa przebiega właśnie przed zwojami międzykręgowemi trzech górnych korzeni splotu barkowego i przesuwając się koło nich oddaje jeszcze wprost do nich małe gałązki. Przez nastrzykiwanie tętnicy kręgowéj wprowadzoną bywa masa injekcyjna na podwójnéj drodze do zwojów międzykręgowych, a to przez *Aa. spinales* i przez bezpośrednie gałęzie.

Żyły obszaru międzykręgowego przebiegają analogicznie do tętnic. Każdemu pniowi tętnicy kręgowéj odpowiada wspólnie z nim przebiegająca żyła, z któréj żylna siatka dopieroco wspomnianego obszaru także dobrze daje się nastrzyknąć.

3. Sposób nastrzykiwania w celu przedstawienia śródzwojowéj siatki naczyniowéj.

Zbadawszy stosunek większych naczyń do obszaru zwojów międzykręgowych splotu barkowego nastrzykiwałem w celu badania drobnowidowego w następujący sposób trzy górne zwoje barkowe. Tętnica kręgowa została podwiązaną pomiędzy kręgami dźwigaczem (*atlas*) a kręgiem obrotowym (*epistropheus*), z dołu zaś zaraz po jéj wyjściu z tętnicy podobojczykowéj a przed wejściem do *foramen transversum* 6go kręgu szyjnego została odpreparowaną i ztąd ciepłym klejem karminem zabarwionym prędko nastrzykniętą. Chociaż sądzę, że każdy świadomy rzeczy wie, co przez dobre nastrzykanie rozumieć należy, to jednak, aby już z góry uprzedzić płytkie krytykowanie, dodać muszę, że wtenczas tylko nastrzykanie za dobre uważam, gdy masa wstrzykiwana lub zawarty w niéj barwik ani przez sam akt zastrzykania ani przez późniejsze preparowanie poza obręb naczyń nie przechodzi. Gdzie jedno lub drugie ma miejsce, nastrzykania za udane uważać nie można.

Wkrótce po nastrzyknięciu wydłutowano z trupa część szyjną kręgosłupa w całości i otworzono go w celu wydobycia zwojów międzykręgowych. Po stwardnieniu zwojów w płynie Müllera pokrajano je i jeżeli była tego potrzeba zabarwiono safraniną za pomocą méj metody, a wreszcie badano drobnowidowo.

(C. d. n.)

III. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał Dr. Stanisław Klikowicz z Petersburga.

W lecie roku 1883 wybrałem za poradą prof. Salkowskiego temat powyższy za przedmiot studyjów w jego pracowni; wówczas już otrzymałem rezultaty, które pozwalały uważać pracę moją za ukończoną. Chciałem jednak zrobić jeszcze kilka doświadczeń dla wyjaśnienia niektórych szczegółów, jako téż w celu sprawdzenia dokładności otrzymanych rezultatów za pomocą pewnych zmian w doświadczeniach kontrolujących. Ponieważ, opuszczając Berlin, spodziewałem się wkrótce powrócić tamże do mojéj pracy, przeto odłożyłem ogłoszenie doświadczeń tych aż do mojego powrotu; lecz dopiero w czerwcu rb. mogłem pracę moją w pożądany sposób uzupełnić.

Zabrałem się z otuchą do pracy, gdyż spodziewałem się przez rozwiązanie zadania nietylko zadowolić interes teoretyczny, lecz osiągnąć także pewne rezultaty, któreby i pod względem praktycznym nie były pozbawione znaczenia. Żołądek jest organem, którego najczęściéj używamy do wprowadzania rozmaitych leków do organizmu. Wobec wielkiego znaczenia, jakie posiada nienaruszona działalność żołądka, jako przyrządu przyswajającego pokarmy, baczyli lekarze zawsze na to, ażeby wprowadzone istoty nie drażniły błony śluzowéj żołądka i tym sposobem nie nabawiały chorego cierpienia nowego. Dla uniknięcia tego zwykli lekarze istoty mocno i w ogóle niekorzystnie na przewód pokarmowy oddziaływające podawać jednocześnie z pokarmami i, jak się zdaje, osiągnięto w ten sposób zupełnie zadowalające wyniki. Przez to żołądek pozostaje w prawdzie nienaruszonym, lecz nasuwa się pytanie, czy i o ile wpływa to na sam proces trawienia. Jeśliby dane lekarstwo wywierało wpływ ujemny na działanie soku żołądkowego, w takim razie należałoby zwrócić uwagę na powstałą w ten sposób szkodę i usunąć złe albo za pomocą wyboru innego preparatu, a nawet innéj metody leczenia, albo téż przez użycie innéj drogi do wprowadzenia leku do organizmu.

Nie chcemy oddawać się złudzeniu, że doświadczenia nasze pozwalają wysnuwać bezpośrednie wnioski co do procesów trawienia w żołądku. Jakkolwiek od stu lat przeszło wiemy (Réaumur, Spalanzani i wielu innych), że trawienie jest sprawą czysto chemiczną, nie daje się jednakże zaprzeczyć, że istoty trawione w kolbie przy temperaturze ciała sztucznym albo naturalnym sokiem żołądkowym, pod niektóremi przynajmniéj względami znajdują się w innych warunkach, aniżeli potrawy w żołądku. Wiadomo, że w skutek skupienia się produktów przemiany istot białkowych wstrzymanym zostaje dalszy przebieg trawienia (Maly K. *Chemie der Verdauungssäfte und der Verdauung*, str. 81—85. *Hermanns Handbuch d. Physiol.* V tom, część I.); jeśli w czasie, gdy rozpuszczanie białka w sztucznéj mięszaninie trawiącéj już daléj nie postępuje, dodamy do mięszaniny téj wody zakwaszonéj kwasem solnym, wtedy spostrzeżemy natychmiast, że dane do trawienia ciało zaczyna się daléj rozpuszczać, jeśli weźmiemy na uwagę, że rozcieńczenie, jako takie, bezwarunkowo skuteczności soku podnieść nie może; że podług Grütznera, (Landois, L. *Lehrbuch der Physiol. d. Menschen* 1881 str. 311), Schiffa i Malyego (Maly K. l. c. str. 86), pepsyna podczas trawienia częściowo zostaje zniszczoną — wówczas zrozumiemy, że o wiele szybszym i doskonalszym musi być proces **tam**, gdzie, jak w żołądku, z jednéj strony ma miejsce ciągły dopływ soku, z drugiéj zaś nieustanne chłonienie produktów przemiany. Z doświadczeń Grützneva (*Neue Unters. über d. Bildung u. Ausscheidung des Pepsins Breslau 1875*), Heidenhaina (*Physiologie der Absonderungsvorgänge. Hermanns Handbuch d. Physiologie*, tom V, część I, str. 156. Tenże: *Pflügers Archiv. d. gesammt. Physiol*, tom. XIX 1878 str. 159.) i innych wiemy, jak się w ciągu jednego okresu trawienia zachowują stosunki składu soku żołądkowego z fermentu i kwasu i jakkolwiek znaczenie tych, na pewnych prawach opartych, stosunków ściśle interpretować się nie daje, to jednak blizkiém jest przypuszczenie, że akt wydzielania regulowanym zostaje przez proces trawienia i wypada na korzyść przyswajania. Z powodu dość sprzecznych zdań różnych badaczy nie można wprawdzie stanowczo powiedzieć, czy podrażnienie nerwów błędnych i trzewowych, względnie przecięcie ich, bezpośrednio i koniecznie wywołuje pewne zmiany w wydzielinach żołądka, lecz spostrzeżenia kliniczne i doświadczenie codzienne na zdrowych zdają się nasuwać myśl, że wpływy nerwowe drogą odruchów, jako téż rozmaite stane psychiczne wielkie mają znaczenie dla trawienia żołądkowego. Uwagi te niech posłużą za dowód, że jesteśmy sobie dobrze świadomi właściwego znaczenia naszych doświadczeń i że nie mamy bynajmniéj zamiaru przypisać im innéj wartości, aniżeli posiadają w rzeczywistości.

Większa część istot, któremiśmy się zajmowali, była już dawniéj w tym samym kierunku mniéj albo więcéj dokładnie zbadaną. Jeśli więc obok nowych powtórzyliśmy szereg dawnych doświadczeń, stało się to z następujących powodów: co do wielu środków zdania nie są zgodne; większość badaczy wykonywała zresztą staranne bardzo doświadczenia z tak małemi ilościami białka i soku żołądkowego, że uważaliśmy za pożądane powtórzyć rozbiory te z większemi ilościami bezwzględnemi, a to w tym celu, ażeby źródła błędów, o ile można, ograniczyć. Wszystkie zresztą dawniejsze doświadczenia polegały, o ile wiem, na tém, że substrat — po większéj części świeży włóknik — którego waga w stanie wilgotnym i suchym naprzód oznaczoną została, przez rozmaitą w rozmaitych razach ilość godzin wzgl. minut poddawano trawieniu naturalnym albo sztucznym sokiem żołądkowym. Do porcyi równoległych dodawano rozmaite istoty, których wpływ na trawienie studyjowano. Po przerwaniu procesu i porównaniu wagi nierozpuszczonych porcyj włóknika wysnuwano wnioski co do energii upłynionego w każdym razie trawienia. Blizkiém było przypuszczenie, że rozpuszczenie białka niezawsze szło w parze z tą przemianą albuminu, która przedstawia, jeżli nie wyłączną, to w każdym razie najdogodniejszą, postać, w jakiéj odbywa się w organizmie pochłanianie ciał proteinowych, a może i wsteczna przemiana tychże w prawdziwe ciała białkowe. Uważaliśmy tedy za słuszne kusić się z tego punktu widzenia o odpowiedź na pytanie, i jeśli czytelnik w pracy niniejszéj nie znajdzie niespodzianych rezultatów, to zdaje nam się, że notatki te jednak nie są pozbawione interesu, gdyż zgodność, jakotéż różnicę pomiędzy otrzymanemi na nowéj drodze a dawniejszemi rezultatami uważać można jako potwierdzenie albo zachętę do dalszego badania.

Ponieważ wartość rezultatów zależy od ścisłości metody, za pomocą któréj otrzymane zostały, przeto pozwalamy sobie

cokolwiek obszerniéj opisać metodę w naszych doświadczeniach zastosowaną.

Do doświadczeń naszych używaliśmy dwóch rodzai białka kupnego: część doświadczeń naszych robiliśmy nad suchém, w wodzie całkowicie pęczniejącém białkiem jaja; do drugiéj grupy braliśmy surowicę suszoną. Z temi dwoma preparatami postępowaliśmy w następujący sposób: 20—25gr. białka pozostawialiśmy w naczyniu zawierającém 500 cm. sz. letniéj wody destylowanéj tak długo, aż cała prawie istota napęczniała. Następnie ciecz tę cedziliśmy przez chustę i wlewali do kotła z dwoma mniéj więcéj litrami wrzącéj wody. Gdy się temperatura już zbliżyła do punktu wrzenia, dolewano kroplami kwasu octowego tak długo, aż wszystko białko ścięło się i płyn rozcieńczający stał się zupełnie przejrzystym. Wielkie te ilości dodawaliśmy w tym celu, ażeby wyciągnąć, o ile można, zawarte w białku sole. W ten sposób otrzymaliśmy osad z delikatnych kosmeczków złożony, przy białku jaja śnieżnéj białości, przy surowicy żółtawy cokolwiek; po odstaniu i odlaniu wody brano osad na sączek i dopóty go płukano, aż przesącz oddziaływał już kwaśno. Silnego wyciskania płateczków białkowych zaniechaliśmy, gdyż powstają przytém tak twarde gruzełki i bryły, że przy następującém potém oblaniu cieczą trawiącą nie dają się nawet za pomocą silnego wstrząsania zupełnie jednostajnie rozdzielić. Ponieważ okoliczność ta jest w stanie naruszyć równoległość postępowania, przeto woleliśmy dosyć wodnisty jeszcze twaróg zmięszać starannie w czarce i skoro masa w ten sposób zupełnie jednostajnie rozdzieloną została, odważyliśmy dwie równie zupełnie porcyje białka i przenosiliśmy każdą z nich do kolby, mogącéj jeden litr pomieścić. Za pomocą kilku doświadczeń przygotowawczych przekonaliśmy się, że 2—3 dowolne ilości takiego wilgotnego białka wykazują w suchéj pozostałości nieznaczne bardzo różnice procentowe. Tak np.

	zawiera	
wilgot. białka surowicy	suchéj istoty	popiołu
α. 1.869	0.221=11.82%	0.00046=0.209%
β. 3.534	0.403=11.40%	0.00096=0.239%
	średnio=11.61%	średnio=0.224%
wilgot. białka jaja		
α. 1.230	0.255=20.73%	0.00198=0.888%
β. 2.745	0.559=20.37%	0.00441=0.788%
	średnio=20.55%	średnio=0.838%

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

Sprawozdanie niniejsze z ruchu chorych w klinice okulistycznéj za rok słoneczny 1883 i 1884 jest dalszym ciągiem takiegoż sprawozdania Dra Macheka z poprzednich lat sześciu (Przegl. Lek.) a zawiera w pierwszéj swéj części ogólne statystyczne wiadomości, rzucające pogląd na liczbę, płeć, wiek, wyznanie i miejsce stałego pobytu chorych, jako też na ilość i jakość chorób w téjże klinice leczonych. Zestawiając je uwzględniłem równocześnie tak klinikę stałą jak i ruchomą. Druga część sprawozdania zawiera obok wykazu wykonanych operacyj także kilka uwag nad zaćmą i jaskrą, tudzież opis pewnéj liczby ciekawszych przypadków chorobowych, które już to dla rzadkości swojéj, już téż z powodu niezwykłe pomyślnego wyniku leczenia na wzmiankę zasługują. Ograniczyłem się tutaj jedynie do stosunkowo niewielkiéj liczby chorych leczonych w klinice stałéj (431); zdarza się bowiem bardzo często, iż chorzy uczęszczający do kliniki ruchoméj, skoro tylko znaczniejszą ulgę w cierpieniu uczują, uważając się za wyleczonych, do kliniki więcéj nie przychodzą, nie zawiadomiwszy poprzednio o tém lekarza ordynującego i uniemożliwiają w ten sposób robienie dokładniejszych obserwacyj. Operacyje zaś prawie wszystkie, z wyjątkiem mniejszych, jak wydalenie drobnych ciał obcych z rogówki, przecięcie przewódek łzowych, gradowiny (*chalazion*) lub woreczka łzowego, tatuowania blizn rogówkowych itd., wykonywa się na chorych przyjętych do kliniki stałéj.

I.

Ogólna liczba chorych leczonych w przeciągu 2 lat wynosi:

	rok 1883, M.	K.	rok 1884, M.	K.	Razem z 2 lat
W klinice stałéj . . .	116	85	133	97	431
W klinice ruchoméj . .	937	677	994	715	3323
Razem	1053	762	1127	812	3754

Liczba chorych tak w klinice stałéj jak i ruchoméj wzrastała z każdym rokiem, w ostatnich latach w pewnym mniéj więcéj stałym stosunku (zob. Sprawozd. z klin. okul. z r. 1877—1882). Podobnie ma się rzecz w latach, z których obecnie sprawę zdajemy; w roku 1883 zwiększyła się frekwencyja o 219 chorych w porównaniu z rokiem poprzednim, a w r. 1884 o 124.—W klinice stałéj przepędzili chorzy ogółem dni 10.777, średnio wypada więc na każdego chorego dni 25.

Pod względem wieku przedstawiali chorzy następujący stosunek:

Wiek	M.	K.	Razem	%
0—10	368	379	747	19·9
10—20	497	356	853	22·7
20—30	465	236	701	18·6
30—40	296	216	512	13·6
40—50	223	173	396	10·5
50—60	168	117	285	7·6
60—70	119	84	203	5·4
70—80	36	13	49	1·3
80—90	8	0	8	0·2
Razem	2180	1574	3754	99·8%

Najwyższa więc odsetka przypada na chorych między 10 a 20 rokiem życia.

Liczba chorych wyzn. mojżesz.	Liczba chorych wyzn. chrześć.	Razem	% wyzn. mojżesz.
1134	2620	3754	30·2

Zgodnie z wykazami z lat poprzednich odsetka chorych wyznania mojżeszowego w stosunku do wszystkich chorych leczonych w klinice stanowi dosyć poważną cyfrę bo 30·2%; okoliczność ta utwierdza nas w przekonaniu o słuszności zdania, iż izraelici zapadają względnie częściéj niż chrześcijanie na choroby oczne, a w szczególności na cierpienia spojówki.—Trudną na razie jest odpowiedź, w czém szukać należy przyczyny, zdaje się jednak, iż brak zamiłowania czystości i w ogólności warunki bardzo niehigijeniczne, wśród

których izraelici żyją, odgrywają w tém niepoślednią rolę dość wspomnieć tutaj, że zapalenie pęcherzykowe (*kerato-conjunctivitis phlyctenulosa*) u dzieci, a jaglica (*trachoma*) u starszych znajdują wśród tych okoliczności bardzo korzystne warunki do swego rozwoju.

Dwie trzecie chorych (2390) pochodziły z Krakowa i Galicyi zachodniéj, resztę dostarczyły Galicyja wschodnia i Królestwo polskie, Śląsk austryjacki i pruski a w małéj liczbie Węgry.

Liczba chorych z kliniki stałéj i ruchoméj rozłożona na miesiące:

Miesiąc	Kl. ruchoma	Kl. stała	Razem
Styczeń	253	30	283
Luty	336	42	378
Marzec	325	37	362
Kwiecień	313	41	354
Maj	503	54	557
Czerwiec	401	57	458
Lipiec	275	15	290
Sierpień	102	—	102
Wrzesień	19	—	19
Październik	270	64	334
Listopad	294	54	348
Grudzień	232	37	269
Razem	3323	431	3754

Największa liczba chorych przypada więc na miesiąc maj, najmniejsza zaś na sierpień i wrzesień. Powyższy wykaz nie daje jednak dokładnego pojęcia o częstości chorób ocznych w poszczególnych miesiącach roku, zamknięcie bowiem zupełne kliniki stałéj na przeciąg 3 miesięczny (od połowy lipca do 15 października) wpływa bardzo niekorzystnie i na frekwencyję w tym czasie w klinice ruchoméj. Ze sprawozdań statystycznych zakładów oftalmologicznych otwartych przez cały rok można się przekonać, iż największa frekwencyja przypada stale na maj i czerwiec, najmniejsza zaś na grudzień. Najczęstsze w ogólności cierpienia oczne, jak zapalenie spojówki nieżytowe, pryszczykowe i jaglicowe, pojawiają się najczęściéj w maju i czerwcu, odtąd zaś stale stając się coraz rzadszemi, dochodzą w grudniu do minimum. Nie należy jednak zapominać o tém, iż w zimie z powodu utrudnionéj komunikacyi szczególnie dla biednych ludzi, napływ chorych do kliniki także zmniejszać się musi. Zdaje się więc, iż oba te czynniki razem wzięte, tj. mniejsza w ogóle liczba chorych ocznych i utrudnienie komunikacyi, wpływają niekorzystnie na frekwencyję chorych w porze zimowéj.

Na choroby poszczególnych części narządu wzrokowego przypadają następujące cyfry a względnie odpowiednie odsetki:

	M.	K.	Razem	%
1) Spojówka	1035	668	1803	32·71
2) Rogówka	663	581	1244	22·66
3) Twardówka	29	14	43	0·78
4) *a)* Tęczówka	159	112	271	4·91
b) Naczyniówka i ciałko rzęsk.	97	68	165	3·0
5) Jaskra	43	72	115	2·08
6) Siatkówka i nerw wzrokowy	158	68	226	4·10
7) Soczewka	293	267	560	10·10
8) Ciałko szklane	41	8	49	0·88
9) Gałka oczna	73	42	115	2·08
10) Refrakcyja	171	82	253	4·58
11) Akomodacyja	10	11	20	0·38
12) Mięśnie i nerwy	38	31	69	1·25
13) Narząd łzowy	25	68	93	1·68
14) Oczodół	5	4	8	0·16
15) Powieki	252	224	476	8·63
Razem	3092	2420	5512	99·88%

Z powyższéj tablicy wynika więc, iż cierpienia spojówki i rogówki były najczęstszemi, wynoszą one bowiem razem 55·37%, a zatém większą połowę wszystkich chorób ocznych. Przyczyny tego szukać należy w wystawieniu tych części na bezpośrednie działanie rozmaitych wpływów szkodliwych, jak chemicznych, termicznych i mechanicznych. W sprawozdaniu z kliniki wiedeńskiéj (z r. 1863 –1865) następne miejsce zajmują choroby powiek, wynoszą one bowiem 7·9%, a po nich dopiero następują choroby soczewki 7·3%. W naszéj klinice, pomimo iż cierpienia powiek są dość częste, rzecz ma się odmiennie. W sprawozdaniu z ostatnich 6ciu lat odsetka chorób powiekowych wynosiła 6·96%, soczewki zaś 7·0%; w ostatnich zaś 2ch latach różnica była jeszcze większą, bo na powieki wypada 8·63%, a na soczewkę 10·10%. Odsetka bowiem z kliniki wiedeńskiéj odnosi się jedynie do kliniki ruchoméj, podczas gdy my obliczyliśmy równocześnie klinikę ruchomą i stałą, w któréjto ostatniéj przydarza się znaczna ilość chorób soczewkowych (zaćm schyłkowych). Czwarte dopiero miejsce z kolei zajmują zboczenie refrakcyi i akomodacyi (4·96%). Pomimo to jednak przy bliższém rozpatrzeniu się trzeba przyznać, iż zboczenia te stanowią w rzeczywistości znacznie większą odsetkę chorób ocznych. Wszak presbyopii prawie chorobą nazwać nie można, bo jest ona własnością fizyjologiczną każdego starzejącego się oka; hypermetropija zaś i myopija, wliczywszy niskie stopnie ostatniéj, zdarzają się tak często, prawie jak emmetropija. W sprawozdaniach z innych klinik znajdujemy téż rzeczywiście średnio większą % wad refrakcyi i akomodacyi, przewyższającą naszą czasem o bardzo poważną cyfrę. Tak np. w sprawozdaniu Janyego z Wrocławia za r. 1883 przypada na te zboczenia 19·60%, w sprawozdaniu z Bostonu za r. 1883 na 7468 jest 1045 przypadków wad refrakcyi. — Gdzież więc szukać przyczyn tak niskiéj % tych wad oka w naszéj klinice? Po części w tém, iż w naszém społeczeństwie przeważna liczba krótkowidzów i presbyopów zwraca się wprost do optyka, a tylko bardziéj skomplikowane przypadki szukają pomocy w klinice, po części zaś w tém, że w klinice ruchoméj u chorych z cierpieniami zewnętrznych części oka, z powodu braku czasu, zwykle bystrości wzroku, a więc i refrakcyi, nie badamy. Jakżeż zaś często przydarza się, że u człowieka, który nieledwie szczyci się bardzo dobrym wzrokiem, przy bliższém badaniu lekką wadę refrakcyi wykrywamy. (C. d. n.)

V. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Przystępując w r. 1882 do ogłoszenia ważniejszych orzeczeń sądowolekarskich zapowiedziałem, że pomijać będę orzeczenia, które się odnoszą do drażliwych stosunków lekarskich i że w ogóle unikać będę starannie podawania nazwisk osób i miejscowości, a nawet dat, po których możnaby

się domyślać autorów orzeczenia, które Sąd lub Wydział uznały za nieodpowiednie. W całéj seryi pierwszéj wiernie przestrzegałem téj zasady i nie przeniewierzę jéj się w przyszłości. Jeżeli jednak w przypadku niniejszym od niéj odstępuję, pochodzi to ztąd, że przypadek ten nabył już pewnego rozgłosu dzięki drukowanéj i rozesłanéj z pewną ostentacyją rozprawie kolegi, który uznał za stósowne wystąpić w obronie swego orzeczenia, na które Wydział lekarski nie mógł się zgodzić [1]). Nie wchodzę w pobudki, które szan. autora skłoniły do takiego wystąpienia przeciw Wydziałowi lek., któremu zarzuca, że orzeczenie jego polega na przypuszczeniach „dowolnych“ i że twierdzenia nie są poparte „dowodami naukowemi“; ponieważ jednak Wydział lekarski, którego nikt o stronniczość nie śmie posądzić, w dyskusyję pozasądową wdawać się nie może, obowiązkiem staje się referenta, do którego zresztą szan. autor kilkakrotnie w swéj rozprawie się zwraca, podjąć rzuconą sobie rękawicę, a podejmuję ją tém ochoczéj, o ile w obec uczuć poważania i życzliwości, jakie zawsze żywiłem dla przeciwnika obecnego, i których liczne złożyłem dowody, i mnie podejrzenie o stronniczość czepić się nawet nie może. W przekonaniu zaś, że poważne rozprawianie się z kolegą poważnym nierównie więcéj przyczynić się może do wyświecenia sprawy zawiléj, aniżeli drażliwości i podejrzywania, które czasem o miedzę graniczą z obelgami, i że sprostowanie błędnych zapatrywań naukowych może nawet mieć pewną korzyść dla czytelników, którzy jako nieściśle fachowi nie muszą znać dokładnie szczegółowych kwestyj sądowolekarskich,— nie pójdę w ślady za szan. autorem, lecz bronić będę zdania swego, które Wydział jednozgodnie uznał za swoje, przedmiotowo, opierając się ściśle na aktach sądowych. Jak zawsze, tak i tym razem, akta urzędowe były jedyną i wyłączną podstawą orzeczenia Wydziałowego; postępując bowiem inaczéj Wydział mógłby właśnie ściągnąć na siebie słuszny zarzut, że się powodował „przypuszczeniami dowolnemi“. Tych aktów trzymać się téż będę tém skrupulatniéj, o ile szan. autor musiał ich nie mieć pod ręką w czasie pisania swéj rozprawy, skoro, prawdopodobnie pamięci swéj zbyt ufając, w wielu miejscach znacznie od nich odstępuje i rzecz w odmiennêm przedstawia świetle.

Po tych uwagach przechodzę do zestawienia historyi przypadku:

D. 17 lipca 1885 r. c. k. Sąd krajowy we Lwowie przesłał Wydziałowi lek. naszemu akta z następującą odezwą.

„Roberta M., żona komisarza policyi, matka jednego dziecka, zmarła nagle dnia 11 maja rb. około godziny 11éj przed południem. Osoby w dniu tym w otoczeniu jéj będące, a to: pasierbica Zofija 15 lat i Józefa 13 lat licząca, tudzież sługa Teresa, podały w śledztwie, że śp. Roberta M. jeszcze rano w dniu śmierci była zdrową i wesołą, zajmowała się zwykłemi sprawami domowemi, zrobiła kawę, którą rozdała rodzinie i sama około godziny 8méj kawę wypiła. Następnie przy robocie kazała pasierbicom przygotować się na południe do kościoła i układała plany wycieczki na lato. Około godziny 10éj przed południem nagle zasłabła, pobladła i siedziała w krześle z przechyloną w tył głową; wkrótce jednak po nacieraniu octem przyszła do siebie i mówiła: „nie wiem, co mi się stało, tak mi się niedobrze zrobiło i serce mi bije.“ Wziąwszy jednak podaną jednę kroplę laurową na cukrze zupełnie przyszła do siebie. W tym czasie miała dzieciom opowiadać, że będąc jeszcze panną (w czerwcu roku 1882 wyszła za mąż) razu pewnego podobnie omdlała i na ziemię upadła. Sługa Teresa słuchana na tę okoliczność podała, że w owym dniu wprawdzie nie słyszała tego opowiadania, że jednak 14 dni przed śmiercią śp. M. to samo jéj opowiadała.—Około godziny pół do jedynastéj wstała śp. M. z krzesła, aby dać słudze pieniędzy na zakupno do miasta i chwiejącym krokiem poszła ku szafie, otworzyła drzwi i wyjęła pugilaresik, który jéj z rąk wypadł i schylając się po niego krzyknęła nagle rozpaczliwym głosem a... i przysiadła na podłodze. W omdleniu przeniesiona na łóżko i nacierana octem cokolwiek przyszła do siebie, trwało to jednak tylko krótką chwilę, albowiem zaraz potem zaczęła się rzucać na łóżku, prężyła nogi i ręce. Domownicy nacierali ją octem, a jedna z osób przybyłych na pomoc przyniosła dwie flaszeczki i kazała jednym płynem nacierać skronie, a drugi podawać do wąchania. Sługa Teresa przyznała, że wykonując to zlecenie „dla lepszego skutku wlała może ze 3 łyżeczki płynu bezbarwnego do ust choréj, który chora połknęła a po połknięciu z ust pianę toczyła.“—Do przytomności jednak chora nie wróciła i może w pół godziny w takich boleściach umarła [1]). Dr. Bertleff, który przybył o godzinie pół do dwunastéj, tak opisuje stan śp. M.: „leżała na pół rozebrana na łóżku, twarz jéj była blada a wyraz spokojny, nogi i ręce były wyciągnięte, całe ciało zaś było chłodne ale nie sztywne, puls już nie bił ani téż serce, próbowałem sztucznego wdychania, ale i to bez skutku i przy téj sposobności zauważałem, że zęby były zaciśnięte. Gdy mi opowiedziano przebieg słabości i nadmieniono, że częściéj na serce cierpiała, zauważyłem za prawdopodobny paraliż serca.“ — Lekarz miejski Dr. Małaczyński, który przybył o godzinie pierwszéj po południu, podał, iż zastał śp. M. już martwą, otwarte i zasiniałe usta odbijały bardzo od bladości reszty ciała, nogi były wyprężone, ramiona i ręce skrzywione, ciało było jeszcze letnie. Matka zmarłéj p. Fryderyka P., która nie była obecną w czasie śmierci córki, przesłuchana podała: że przed laty 18tu mąż jéj a ojciec Roberty zmarł na puchlinę torebki sercowéj i ona sama od lat dawnych cierpi na serce, przypuszcza zatém, że i córka śp. Roberta M. uległa téj słabości i nawet skarżyła się nieraz na ból serca i zaparcie oddechu.—Osobliwie gdy dłuższy czas klęczała, czuła się słabą, co nieraz w kościele można było zauważać. Przed 3 laty omdlała przy robocie ręcznéj bez żadnéj przyczyny, ciało jéj całkiem oziębło, stało się sztywném i siném, tak jakby umarła, dopiero po półgodzinném nacieraniu wodą kolońską przyszła do przytomności. Wnosząc z opisania domowników przebieg ostatniéj słabości musiał być téj saméj natury i sądzi matka, że brak szybkiéj a stósownéj pomocy spowodował śmierć. Pani Fryderyka P. podała także, iż co do cier-

[1]) Zagadkowa śmierć śp. R. M. Otrucie czy śmierć naturalna? (Odpowiedź na orzeczenie pp. Chemików prof. Dr. Radziszewskiego i Dra Schramma, jakotéż na orzeczenie Wydziału lek. U. J.) Napisał Dr. Longin Feigel, profesor med. sądowéj Uniw. lwowskiego itd., Lwów 1885, str. 31.

[1]) Prof. F. w broszurze swéj natomiast pisze: „sługa zaś próbowała wlać jéj do ust krople adonisowe; lecz śp. M. nie mogła je połknąć,—tylko charczała, a z ust toczyła się piana i w téj chwili żyć przestała, posiniawszy ogromnie“ Każdy przyzna, że Wydział powinien polegać na urzędowéj odezwie Sądu krajowego we Lwowie, różniącéj się w téj mierze znacznie od opowiadania szan. autora; a mimo to na podstawie tego błędnego przedstawienia rzeczy autor w końcu broszury dowodzi, że nikt nie wlewał choréj płynu, a tylko „na jednę minutę przed śmiercią możebnie(!) dała jéj służąca“—

pień swéj córki radziła się przed kilku laty lekarzy Dra Opolskiego i Dra Bertleffa. Dr. Opolski przesłuchany podał, że od 12 lat udzielał porady lekarskiéj w domu p. P. że ona sama była zawsze mocno anemiczną i córki także cierpiały, chociaż nie w tym stopniu, na niedokrewność, ale ani u niéj ani u córek nie spostrzegł organicznéj wady sercowéj. O wypadku omdlenia niebezpiecznego, któremu uledz miała śp. Roberta przed 3ma laty, nic Dr. Opolski od p. P. nie słyszał, i w takim wypadku nie był wzywanym. Dr. Bertleff zaś słuchany podał, że w domu p. P. nie był ordynującym lekarzem, że jednak przed kilku laty p. P. starała się dla swoich córek o datek z łaski, wtedy napisał dla śp. Roberty świadectwo lekarskie, którém stwierdził, że była niedokrewną i że miała wadę serca, gdyż rzeczywiście w skutek anemii funkcyje serca były upośledzone".

„Taki jest w krótkości wynik badań ważniejszych świadków, zaś wynik badań na zwłokach tak przez chemików jakoteż przez lekarzy przeprowadzonych wykazują załączone protokóły, które obejmują także zdania znawców sądowych co do przyczyny śmierci ś. p. Roberty między sobą niezgodne, a jeżeli przyjmiemy orzeczenie lekarzy sądowych jako w tym względzie kompetentniejsze, to i w takim razie zdanie to orzeczeniem chemików okazuje się zachwianem i dla tego najkompetentniejsze zdanie świetnego Wydziału lekarskiego dla stanowczego stwierdzenia przedmiotowéj istoty czynu w wypadku niniejszym jest wielce pożądaném."

Z załączonych aktów sądowych zaś wynika co następuje:

D. 13 maja p. Dr. Małaczyński odbył sekcyję policyjną, a protokół jego brzmi dosłownie:

Oględziny zewnętrzne: Wzrostu słusznego, odżywienie mierne, powierzchnia skóry wiotka biała. Głowa długim blond włosem pokryta. Twarz okrągła, oczy duże cokolwiek zapadnięte, źrenice rozszerzone, tęczówka ciemno zabarwiona, zęby przednie zdrowe, szczęki ściśnięte. Szyja długa, klatka piersiowa płaska, sutki wiotkie, obwisłe. Brzuch cokolwiek wzdęty, zielony. Odnogi górne i dolne są w stawach sztywne, zresztą nie przedstawiają nic niezwykłego, są tylko gdzieniegdzie fioletowemi plamami pokryte. Grzbiet i cała tylna część ciemno-fioletowemi plamami pokryte. Oznak uszkodzenia ani téż stawianego oporu nie ma żadnych.

Oględziny wewnętrzne: 1) Wewnętrzna powierzchnia skóry głowy żółtawo zabarwiona, czaszka gruba, jednak w trzech miejscach prawie przeźroczysta. Błona mózgowa twarda do czaszki cokolwiek przyrośnięta, inne błony mózgowe wolne. Istota korowa i istota rdzenna mózgu normalne; na przekroju tychże drobniutkie kropki krwi występują. Komórki mózgowe normalne zawierały cokolwiek czystéj surowicy; w zatokach błon twardych ciekła czerwono zabarwiona krew. 2) Płuco lewe przyrośnięte, prawe zupełnie wolne, na przekroju prawego płuca wydobywa się surowica pienista, dolna część zaś jest więcéj obrzękła i przekrwiona. Lewe płuco całe obrzękłe, mocno przekrwione, na przekroju wydobywa się również przy wycisku surowica pienista, cokolwiek różowo zabarwiona. 3) Worek sercowy normalny, w tymże mała ilość surowicy, serce wielkości normalnéj. Komórki serca wiotkie, lewa próżna, prawa zawierała cokolwiek ciemnéj ciekłéj krwi. Wszystkie zastawki w sercu prawidłowe [1]. 4) Wątroba powiększona cokolwiek przekrwiona, miąższ jéj kruchy, w pęcherzu żółciowym w małéj ilości zielono zabarwiony płyn. 5) Śledziona zwiększona i mocno przekrwiona, miąższ jéj kruchy. 6) Język białym śluzem pokryty; połyk również takim śluzem obłożony, jednak wynaczynionek krwi nie było. 7). Żołądek po podwiązaniu z obydwu stron wyjęto. Żołądek sam mały, zawierał kilka łyżek płynu brudnego bladawo zabarwionego zmięszanego ze śluzem żołądkowym, niedającego żadnego odoru [1]). Błona śluzowa w żołądku w górnéj swéj części jakoteż w środku jest przekrwioną [2]) i widać mnóstwo drobnych podługowatych wynaczynionek.

[1]) Tętnice w ogólności a wieńcowe w szczególności nie były badane.

Na tém przerwano dalszą obdukcyję z powodu, że wszystkie organa opisane były w normalnym stanie, obrzęk zaś płuca lewego trzeba uważać jako spowodowany agonią, a wynaczynionki w żołądku i przekrwienie błony śluzowéj powstało prawdopodobnie z ostrego otrucia [3]), przeto dalsze dochodzenie odstępuje się c. k. Sądowi [4]).

Dnia następnego (14 maja) z polecenia Sądu prof. Feigel i Dr. Gostyński odbyli sekcyję sądową, a protokół ich opiewa dosłownie:

A. Zewnętrznie na całym tułowiu z przodu odpowiednio brzuchowi sino zielone zabarwienie powłok skórnych, pomiędzy udami na wewnętrznéj stronie plamy czerwone pośmiertne, tożsamo na plecach, krzyżach, i na górnych częściach ramion; źrenice obie miernie rozszerzone, spojówki nie nastrzykane, usta otwarte, błona śluzowa obu warg blada, nieco przyschnięta, zresztą zewnętrznie żadnych śladów uszkodzeń.

B. Wewnętrznie: 1). Skóra na wewnętrznéj powierzchni na czaszce żółtawo różowawa bez podbiegnięć krwi, surowiczo nieco obrzękła. Kości czaszki zwykłéj grubości, miejscami przeświecające, opona twarda i miękka prawidłowéj budowy i grubości, żylnie miernie nastrzykana. Mózg błyszczący, na przekroju z dość licznemi punktami krwi, surowiczo miernie obrzękły, zatoki otwarte. 2) Język wyjęty z jamy ustnéj przedstawia w połowie swojéj dwa smugowate otarcia przybłonka, czarno brunatne, zaschnięte, dług. do 3cm., szer. do $^1/_2$ cm., nacięcia w tych miejscach nie wykazują żadnych podbiegnięć krwi. Błona śluzowa u podstawy języka, krtani i połyku różowawa bez podbiegnięć krwi 3) Płuca oba wyjęte i przecięte wykazują na świeżych przecięciach miąższ prawidłowy i zalewający się obfitą drobnopienistą różową cieczą. 4) Worek sercowy i serce przecięte prawidłowo, blado brunatne, mięśnie kruchawe [5]), a zastawki prawidłowe [6]). 5) Wątroba wielkości i budowy prawidłowéj, a miąższ brunatno wiśniowy, kruchy, z większych żył krew ciemna wypływa. 6) Śledziona dość duża brudno wiśniowa, na powierzchni, przekroju rozłażąca się, ciemno wiśniowa i wyraźne kępki jaśniejsze, żółtawe wykazująca. 7) Nerki soczyste, blado brunatne, na przekroju miąższ prawidłowéj

[1]) Słowa te w broszurze prof. F. są wypuszczone, a nie są one bez znaczenia.

[2]) W broszurze prof. F. powiedziano „mocno" przekrwione.

[3]) W broszurze prof. F. powiedziano „a zmiany w żołądku pochodzić mogą tylko z otrucia".

[4]) W broszurze prof. F. znajduje się tu dodatek: „Przytém wyrazili pp. obducenci przekonanie, iż najprawdopodobniéj zachodzi otrucie sinkiem potasu." Tego całego ustępu niema atoli w aktach.

[5]) Wyrazy te opuszczone są w broszurze prof. F., a jednak są one ważne.

[6]) I tym razem tętnice, a w szczególności wieńcowe nie były badane.

budowy wiśniowo brunatny. 8) Macica wielkości prawidłowéj. 9) Żołądek wyjęty poprzednio. 10) Kiszki w górnych częściach sinawo czerwone, w dolnéj części blado żółte. Błona śluzowa kiszki cienkiéj górnéj części żywo zaczerwieniona, rozpulchniona, treść złożona z miazgi brunatno czerwonawéj. W dolnych częściach błona śluzowa brudno żółtawa, treść kałowa płynna[1]). 11) Pęcherz moczowy próżny blady. 12) Następnie zachowano w jednym słoju górne części kiszek cienkich wraz z treścią, i oznaczono słój Nrem 2, w innym słoju zaś zachowano kawałek mózgu, płuca, serca, wątroby, śledziony, nerki i kilka łyżek krwi i oznaczono słój Nrem 3.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Oceny i sprawozdania.

Prof. Senator: **O leczeniu duru brzusznego.**

W ostatnich latach podniesiono wątpliwości, czy metoda leczenia duru brzusznego zimną wodą zasługuje na to szerokie rozpowszechnienie, którém się cieszy i pierwszeństwo przed leczeniem innemi środkami przeciwgorączkowemi i czy w ogóle leczenie przeciwgorączkowe w durze jest koniecznem. Pytanie to rozstrzygnąć możebném jest li tylko na podstawie dokładnéj statystyki, która dotychczas uczy nas, że śmiertelność ostatnich lat dwudziestu pod wpływem stosowania metody hydroterapeutycznéj bardzo znacznie się zmniejszyła. Nie uwzględniono atoli tego, że w tym samym czasie, tj. w ciągu ostatnich 20—23 lat, rozpowszechniło się użycie ciepłomierza, umożebniającego szybsze rozpoznanie, a tém samém leczenie, że w tym samym czasie stosunki zdrowotne szpitali znacznie się poprawiły, że wreszcie w leczeniu zastosowano dyjetę wzmacniającą, podniecającą, strzegąc się wszelkiego osłabiania chorego. Byłyto ważne czynniki, które śmiertelność zmniejszyły i z tego już względu nie może być statystyka ostatnich lat dwudziestu porównywaną ze statystyką lat poprzednich. Dodać wypada, że i *genius epidemicus* odgrywa ważną rolę. Porównanie może być robioném li tylko wśród równych warunków, w jednéj i téj saméj epidemii, a nawet nie podobna porównywać ludzi różnych warstw i różnego wieku — liczby wreszcie porównywane muszą być znaczniejsze, żeby błędy, w statystycznych wykazach uniknąć się niedające, ile możności zmniejszyć. Dotychczas mamy jedno sprawozdanie statystyczne warunkom tym odpowiadające, jestto sprawozdanie Gläsera w Hamburgu z lat 1874—1877. Na jednym z dwóch oddziałów wewnętrznych szpitala w Hamburgu leczono metodą Branda 868 chorych, na drugim 937 innemi środkami przeciwgorączkowemi. Śmiertelność w obu oddziałach była 7,2%. Jedno to sprawozdanie atoli rozstrzygającém być nie może, dla tego zestawia S. materyjał 8 większych szpitali berlińskich z przeciągu lat 10 od 1875—1884, z szczególném uwzględnieniem szpitala, którym kieruje. Materyjał tych szpitali jednakże nie jest jednostajny. Trzy szpitale Charité, szpital miejski w Friedrichshain, miejski barakowy w Moabit mają najbiedniejszą i najnędzniejszą ludność Berlina, reszta szpitali jak Jadwigi, Bethanien, Elżbiety, Łazarza i Augusty ludność ubogą, nie tak jednak podupadłą jak trzech poprzednich szpitali. Tablica podana wskazuje odsetki śmiertelności w tychże.

	Smiertelność średnia %	Minimum w r.	Minimum %	Maximum w r.	Maximum %	Min: Max = 100:	Uwagi
Charité	16·4	1877	11·5	1880	21·3	185	W szpitalu Łazarza Max: Min=100:192 jeżeli liczb z r. 1880 i 1884 nie uwzględnimy z powodu znacznego niestosunku do liczb normalnych.
Friedrichshain .	19·6	1883/4	10·4	1874/5	28·3	272	
Moabit	15·2	1878	9·5	1882/3	23·1	243	
Jadwigi szpit .	14·7	1883	7·7	1880	21·3	277	
Bethanien . . .	13·5	1883	7·9	1875	16·8	213	
Elżbiety . . .	12·8	1881	7·3	1876	22·5	308	
Łazarza . . .	14·1	1880	3·6	1884	32 4	(900)102	
Augusty . . .	12·3	1879	7·1	1880	19·2	270	

Smiertelność szpitali berlińskich jest zatém, jak już pierwszy rzut oka wskazuje, większą niż często podawana w innych statystykach. Czy to odnieść należy do złośliwego charakteru epidemij panujących, czy do mniejszéj oporności ludności berlińskiéj, czy wreszcie do oględności w rozpoznawaniu duru brzusznego i ściślejszéj statystyki (w szpitalu Senatora usunięto li tylko 2—3 chorych ze statystycznego wykazu, w pierwszych 12 godzinach zmarłych), tego nie jest S. w stanie dokładnie stwierdzić. Najkorzystniej jest porównać materyjał szpitala „Bethanien“ z szpitalem „Augusty“, ze względu na podobny materyjał, na tenże sam sposób prowadzenia statystyki a wreszcie systematycznéj metody hydroterapeutycznéj, czego w szpitalu Augusty nie stosowano, a wyjątkowo używano środków przeciwgorączkowych, jak antypyryny i chininu.

Porównywając materyjał szpitalny pod względem płci znajdujemy następujący stosunek. W szpitalu Augusty m. 324, um. 43, tj. 13·3%; k. 188, um. 20, tj. 10·6%.—W szpitalu Bethanien: m. 956, um. 158, tj. 16·5%; k. 881, um. 119, tj. 13·5%. Tenże sam stosunek zachodzi i w innych szpitalach berlińskich tak, że stanowczo na podstawie tych liczb twierdzić można, że śmiertelność u kobiet jest mniejszą niż u mężczyzn. Stosunku tego stałego w innych szpitalach niemieckich i londyńskich nie ma.

Co do wieku to stosunek również w szpitalu Bethanien był korzystniejszym niż w szpitalu Augusty. Leczonych bowiem do lat 15tu było w Bethanien 9·2% w szpitalu Augusty 8%, starszych nad lat 40 w pierwszym było 3·7%, w drugim 5·5%, wiadomo zaś, że dzieci, z wyjątkiem osesków, o wiele łatwiéj dur korzystnie przebywają, niż osoby dorosłe. Wreszcie szpital „Augusty“ przyjmował o wiele więcéj chorych, t. zw. prywatnych, u których procent śmiertelności bywa znacznie większy niż u innych, prawdopodobnie z tego powodu, że sąto zwykle podróżni wysileni podróżą i w stanie opłakanym przenoszeni z hotelów.

Jak więc widzimy wiele jest czynników, które powinny wpłynąć korzystnie na śmiertelność w „Bethanien“ a mimo to śmiertelność w szpitalu „Augusty“ jest mniejszą. Z tego jednakże nie chce S. żadnych korzystnych wniosków wysnuwać dla leczenia innemi środkami a nie zimną wodą, w obec nieznacznéj różnicy i w obec tego, że stosunki higijeniczne bezwzględnie nie dają się ze sobą porównywać, chodzi mu li tylko o stwierdzenie faktu, że śmiertelność nie jest większą a tém samém, że leczenie zimną wodą nie wpływa korzystniéj na statystykę śmiertelności. Zaznaczyć jednakże wypada zapatrywanie S. co do leczenia duru brzusznego zimną wodą. Sądzi on, że kąpiel zimna wpływa podniecająco na ustrój nerwowy bezpośrednio a nie pośrednio obniżając gorączkę, jak uwydatnia to natychmiastowe przyjście do przytomności chorego w śpiączce, przy oblaniu go zimną

[1]) W broszurze prof. F., inny podaje opis: „Kiszki cienkie w górnéj części (tj. od żołądka w długości 1·5—2 metrów) jednostajnie mocno zaczerwienione, a treść złożona z miazgi brudno-czerwonawéj, gęstéj; poniżéj zaś wszystkie kiszki zupełnie blade, nawet niedokrewne, a treść w nich zwykła, kałowa, żółta.“ Widoczna, że prof. F. pisał z pamięci a nie miał aktów przed sobą.

wodą, gdzie mowy jeszcze być nie może o obniżeniu gorączki. W dalszym rzędzie wpływa korzystnie na oddechanie i krążenie a wreszcie daje sposobność utrzymania czystości przy chorym, a tém samém uniknięcia odleżyn. Nie ciepłomierz powinien być wskazówką użycia zimnych kąpieli, lecz stan ogólny i to używać tychże należy w formie duru, którą dawni lekarze nazywali *febris nervosa stupida*. Zestawienie to uczy nas wreszcie, że mylném jest zapatrywanie, jakoby pod wpływem leczenia zimną wodą były krwotoki i recydywy częstszemi. W szpitalu Augusty krwotoki wystąpiły w 6·8% przypadkach, w Bethanien w 7%—8%, nawroty duru w pierwszym w 7·8% przypadków, w drugim 4—5%. Dalsze liczniejsze zestawienia statystyczne będą dopiero stanowczo mogły stwierdzić prawdziwość tych rozumowań. (*Berlin. klin. Wochenschrift* 1885, Nr. 45, 46). *Dr. H. Halski.*

Rosenberg: **O leczeniu nerwic odruchowych z błony śluzowéj nosa pochodzących za pomocą mentolu.**

Jak wiadomo, istnieje liczny zastęp nerwic odruchowych mających swą przyczynę w zadrażnieniu błony śluzowéj nosa. We wszystkich tych przypadkach znieczulenie błony śluzowéj nosa usuwa natychmiast dotyczącą nerwicę, a skuteczność tego zabiegu jest tak niewątpliwie udowodnioną, iż z braku wspomnianego skutku wolno na pewne wysnuć wniosek: że nerwica w tym razie nie polega na jakiémkolwiekbądź zadrażnieniu błony śluzowéj nosa, lecz że przyczyny nerwicy należy gdzieindziéj śledzić. Działanie znieczulające posiada oprócz powszechnie już znanego kokainu także mentol, a mianowicie najlepiéj w 20% roztworze olejnym. Najpóźniéj w minutę po zapędzelkowaniu błony śluzowéj nosa ustępują przypady nerwicy. Aby jednak chorzy mogli sami sobie znieczulić błonę śluzową nosa w chwili napadu nerwicy, polecił autor zastósowanie mentolu w postaci pręcików żelatynowych ze względu, że pędzelkowania nie są chorzy w stanie sami na sobie dokonać. Przez dodanie żelatyny do mentolu rozpuszczonego w glicerynie można łatwo otrzymać masę, z któréj snadnie wyrobić można pręciki miękkie, mające 2½mm. średnicy, a 3 cm. długości i zawierające po 0,01 gr. mentolu.

W chwili pojawienia się nerwicy wprowadzają sobie chorzy do każdéj dziurki nosowéj jak najgłębiéj po jednym pręciku ręką prawą, podczas gdy lewą ręką podnoszą koniec nosa, trzymając równocześnie głowę nieco w tył przechyloną. Najodpowiedniejszą jest rzeczą wprowadzić pręcik metalowy nieco powyżéj dolnéj muszli nosowéj a więc mniéj więcéj do środkowego przewodu nosowego. Po 3—5 lub 8 minutach rozpływa się pręcik zupełnie, a mentol znajdujący się w rozpuszczeniu i spływający po dolnéj muszli znieczula nader szybko błonę śluzową muszli dolnéj, która, jak wiadomo, daje najczęściéj powód do nerwicy odruchowéj.

W ten sposób jest chory w stanie przerwać napad nerwicy, np. dusznicy, migreny itp., już w samym początku. Jedyną tylko niedogodnością przy wprowadzaniu pręcików do nosa jest okoliczność, że pręcik ujęty w palce dość szybko zaczyna się od ciepła ręki rozpuszczać, ujęty zaś w szypczyki zwykle łatwo się odłamuje. Aby téj niedogodności zaradzić, skonstruował autor przyrządzik, za pomocą którego w prosty nadzwyczaj sposób wprowadzić można pręcik mentolowy do nosa. Przyrząd składa się z rurki zagiętéj pod kątem rozwartym, opatrzonéj z boku dwoma pierścieniami, za pomocą których cały przyrządzik trzymać można wygodnie. We wnętrzu rurki znajduje się drucik łatwo przesuwać się dający, za naciskiem którego wypchniętym zostaje pręcik mentolowy, osadzony w górnym otworze rurki. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1885, Nr. 48). *Dr. Prus.*

Prof. Dr. E. v. Hofmann: **Przyczynek do kazuistyki obrażeń śródmacicznych płodu i zmian do nich podobnych.**

W ślad za ogłoszonym przez Gorhana przypadkiem śródmacicznego obrażenia czaszki płodu (patrz ref. Przegl. Lek. 1885, Nr. 22) podaje prof. Hofmann trzy własne przypadki, z których ostatni nieodnoszący się do obrażenia śródmacicznego ale mogący być z niém pomięszany, dał pochop autorowi do przedsięwzięcia doświadczeń nad warunkami powstawania pęknięć i t. z. „łyżkowatych“ wgłębień czaszki płodu.

Przypadek pierwszy odnosił się do 5-miesięcznego płodu 24-letniéj służącéj, która zabiła się, skoczywszy z okna 4go piętra. Sekcyja matki nie wykazała zewnętrznie żadnego śladu obrażenia, natomiast okazało się przy badaniu wewnętrznych narządów pęknięcie obu płuc, prawéj nerki i sieci z krwotokami do odpowiednich jam ciała, tudzież liczne złamania kości miednicowych. Macica wcale nieuszkodzona; przez błony płodowe przedarte wysterczały do jamy macicy odnogi dolne płodu, który również zewnętrznie śladów obrażenia nie okazywał. Przy oględzinach jednak wewnętrznych stwierdzono obok nieznacznych wybroczyn na osierdziu zupełne zmiażdżenie prawego płatu wątroby z następowym krwotokiem do jamy brzusznéj. Rzadki ten w swoim rodzaju przypadek nabiera tém większego znaczenia sądowolekarskiego, o ile dowodzi 1) że silne wstrząśnienie okolicy brzucha brzemiennéj może wywołać obrażenie płodu, 2) że obrażenie to może dotykać wielu wewnętrznych narządów zarówno matki jak płodu bez naruszenia powłok zewnętrznych.

Przypadek drugi dotyczył płodu z ubytkiem skóry głowy, który wzbudził podejrzenie o rozmyślne uszkodzenie w celu wywołania poronienia. 24 letnia służąca, stanu wolnego, pierwiastka, nieukrywająca bynajmniéj swéj ciąży poroniła, rzekomo z powodu skoczenia z kuchni, płód 4—4½ miesięczny. Przy oględzinach sądowolekarskich okazał się płód świeżo zachowany z czaszką bocznie spłaszczoną z ubytkiem skóry głowy po stronie prawéj w środku między tylnym a prawym kątem ciemiączka wielkiego. Ubytek ten przedstawia się w formie dokładnego koła, o średnicy 1cm, z brzegami nieco podminowanemi, barwy blado różowéj. Dno wrzodu brudno żółtawe, okazuje jedynie przy użyciu lupy, drobnoziarnistą powierzchnię, przesuwać się nie daje z powodu zrostów z okostną i ciemiączkiem za pomocą tkanki łącznéj „podobnéj do blizny“. Ciemiączko samo ani kość ciemieniowa ubytku nie okazują. Podobne 2 przypadki obserwował H. już dawniéj. Uważa on je za wadę utworową, odnosząc ich powstanie do wczesnego okresu rozwoju płodu, w którym przyszło do zrostów skóry głowy z powięziami Simonarta owodni, które następnie oderwawszy się pociągnęły za sobą ubytek. Autor zwraca uwagę na możliwość pomięszania tych utworowych ubytków z uszkodzeniami rozmyślnie zadanemi w celu spędzenia płodu.

Największą uwagę poświęca H. trzeciemu przypadkowi, w którym rozchodziło się o wytłumaczenie łyżkowatego zagłębienia lewéj kości potylicznéj noworodka znalezionego w wychodku. R. M., służąca, 28-letnia wrzekomo pierwiastka wzbudziła podejrzenie swéj pani, że jest brzemienną. W ostatnim dniu przed porodem wychodziła często do wychodka, co chlebodawczynię utwierdziło jeszcze bardziéj w jéj podejrzeniu. Jakoż rzeczywiście po wyjściu R. M. znalazła wychodek cały krwią zalany. R. M. jednak wszystkiemu prze

czyła, dopóki przywołana akuszerka nie stwierdziła łożyska w pochwie jeszcze tkwiącego i przedarcia międzykrocza. Wtedy dopiero przyznała się, że została zaskoczoną porodem przy oddawaniu stolca, przyczém dziecko wypadło do lejka kloaki. Noworodek został wyjęty z kloaki, drugiego dnia jednak skończył życie.

Przy oględzinach 2·600gr. ważącego dziecka znaleziono w przedniéj wewnętrznéj części lewéj kości ciemieniowéj łódkowate wgniecenie wielkości dłoni dziecięcéj, szczytem zwrócone ku guzowi kości ciemieniowéj. Odpowiednio do tego miejsca pergaminowe otarcie skóry. Na kości ciemieniowéj prawéj pęknięcie szczelinowate idące od guza ku $^1/_3$ przedniéj części szwu strzałkowego. Mózg odpowiednio do łyżkowatego wgniecenia lewéj kości ciemieniowéj również ugnieciony. Po nad nim między oponami znaczny skrzep krwi. W innych narządach zmian nie znaleziono. W orzeczeniu jako bezpośrednią przyczynę śmierci podał H. krwotok do jamy czaszki, który był następstwem obrażeń czaszki. Z tych jedno, a mianowicie wgniecenie kości ciemieniowéj lewéj, uważał za następstwo dłużéj działającego ucisku za pomocą tępego ciała a więc albo za następstwo gniecenia kolanem lub ucisku klapy w rurze kloacznéj, ponieważ prawidłowy stosunek wymiarów miednicy do główki dziecka pozwalał wykluczyć ucisk od promontorium, które przy niestosunku tych części również podobne zagłębienia wywołać może. Na podstawie zaś teoretycznéj wykluczył również działanie urazu działającego doraźnie. Pęknięcie zaś kości ciemieniowéj prawéj miało powstać odrębnie, prawdopodobnie skutkiem uderzenia główki o pomienioną klapę.

Niedowierzając jednak wynikom rozumowania, choćby najściślejszego, ale nieopartego na podstawie doświadczalnéj, przedsięwziął szereg umyślnych doświadczeń, których zadaniem było stwierdzić: 1) czy i przy jak wielkiéj sile powolnie działającéj występują podobne łyżkowate zagłębienia, jakie czasami bywają następstwem ucisku od promontorium, 2) czy nie mogą one powstawać przy gwałtownem uderzeniu tępym przedmiotem, 3) czy wreszcie nie wywołuje tych wgnieceń upadek dziecka z pewnéj wysokości na jakieś wystające tępe ciało. Okazało się, że wszystkie trzy seryje doświadczeń dawały wynik dodatni i tak co do 1) już średni ucisk dużego palca na kość ciemieniową pomiędzy guzem a szwem strzałkowym wywołuje takie same zagłębienia w tym samym kierunku co w opisanym przypadku, dwa ostatnie szeregi doświadczeń pouczyły nadto autora, że jedna i ta sama siła gwałtownie działająca wywołuje nietylko charakterystyczne łyżkowate zagłębienia, ale równocześnie pęknięcia bądź po téj saméj, bądź po stronie przeciwnéj, ale zawsze w kierunku promieni osyfikacyjnych, idących od guza ku kości skroniowéj. Nigdy zaś nie następowało pęknięcie podstawy czaszki, zawsze prawie napotykane u dorosłych, co H. tłumaczy obfitością tkanki chrzęstnéj, nadającéj w tém miejscu czaszkom noworodków większą elastyczność.

Na podstawie tych doświadczeń zmienił H. swe orzeczenie o tyle, że wymienione łyżkowate zagłębienie i pęknięcie po stronie przeciwnéj mogły być następstwem tego samego urazu, a nie dwóch sił odrębnie działających, dodając tę słuszną uwagę, że rozumowania czysto teoretyczne, choćby na pozór najściślejsze, nie zastąpią nigdy dowodowéj siły eksperymentu. (*Wien. med. Presse*, 1885, Nr. 18, 20, 21, 24, 26). *Sroczyński.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω Cheadle: **Leczenie pląsawicy.** Autor leczył w ciągu ostatnich 8miu lat 160 przypadków téj choroby i wskazuje na wielkie braki w odpowiedniém jéj leczeniu. Autor jest zwolennikiem leczenia wewnętrznego. Przy leczeniu choroba zwykle trwała średnio pięć tygodni, podczas gdy w przypadkach, w których stósowano leczenie wyczekujące, choroba przeciągała się od 11—52 tygodni, zanim sama przez się ustała. W kilku przypadkach nawet nie było można doczekać się samoistnego jéj końca i musiano przedsięwziąść czynne leczenie. Z licznych środków przez siebie używanych pierwszeństwo oddaje autor arsenowi, polecanemu jeszcze przed 40 laty przez Tooda. Przy użyciu arsenu choroba ustępowała zwykle w ciągu 30 dni, podczas gdy inne metody wymagały średnio 60 dni. W ostatnich czasach używał autor tynktury Fowlera z dodatkiem sześciochlorku żelaza. Leczenie to osiągało skutek średnio w ciągu 24 dni. Chorzy znosili dobrze arsen. W kilku tylko przypadkach zauważył autor rodzaj zabarwienia skóry bronzowego, szczególniéj w przegubach stawowych. Zabarwienie to jednak zawsze znikało skoro przestano daléj podawać arsen. (*La semaine médicale* 1885, Nr. 42).

(H. O.) Kokain znajduje w chorobie morskiéj coraz szersze zastósowanie. Dr. Otto lekarz okrętowy północno niemieckiego parowca „Ems“ donosi o swych próbach na 200 chorych, którym zadawał ten środek w wodnym roztworze, według przepisu Mercka (1:9), w dawce 0·015—0·02, z kawałeczkiem lodu. W pierwszych dniach chorzy zwykle leżeli poziomo, nudności i wymioty ustawały prawie stale, choć obserwował także przypadki, w których kokain okazał się bezskutecznym. Często bardzo następował po zażyciu pokrzepiający sen, tak, że niektórzy chorzy uważali lek ten za morfin. Najlepiéj działał on u kobiet ciężarnych, które są bardzo skłonne do choroby morskiéj. Dr. Gärtner twierdzi, że dawkę 0·1 dorośli bardzo dobrze znoszą. W końcu nadmienić należy, że częste w chorobie morskiéj obstypacyje należy w odpowiedni sposób usuwać.

(H. O.) Dr. Kaszimura w Japonii używa w cholerze okładów lodowych na brzuch, aby z jednéj strony przeszkodzić zbytecznemu nagromadzeniu się cieczy w jelitach, z drugiéj strony wstrzymywać przez niską ciepłotę rozwój prątków przecinkowych i wzmożony ruch robaczkowy jelit. Wyniki otrzymał bardzo dobre, jeżeli zawczasu użył tego sposobu. Osoby starsze i osłabione mniéj dobrze go znoszą. Chory musi przytém leżeć na grzbiecie, nie zmieniając położenia nawet dla oddania stolców, które z początku stają się częstemi. Jeżeli zgęszczenie krwi doszło znaczniejszego stopnia, wtedy tylko zastrzykiwania podskórne roztworu soli kuchennéj są wskazane, a po okładach lodowych żadnego skutku spodziewać się nie można.

Ω. Bucquoy zaleca gorąco na podstawie licznych badań **Tartarus stibiatus w suchotach płuc.** B. podaje go z początku w dawce dziennéj po 10—15 ctg., zakazując przytém picia choremu, aby zapobiedz o ile możności wymiotom. Skoro chory dawkę taką już znosi, zmniejsza ją B. do 5ctg. *Tartarus stibiatus* w dawce takiéj dłuższy czas podawany ma znakomicie wpływać na stan ogólny chorego. Gorączka ma się zmniejszać, kaszel uspakajać, plwocina staje się mniéj ropną i mniéj obfitą, chory odzyskuje apetyt i trawi dobrze. Jedyném przeciwwskazaniem dla tego środka są owrzodzenia w kiszkach i biegunki. *Gaz. des Hôp.*, 1885, Nr. 80).

Ω. **Ergotyna w zapaleniu opon mózgowych.** Dr. Lacroix stosował w licznym szeregu przypadków téj choroby ergotynę według podania z bardzo dobrym skutkiem. Zdaniem L. ergotyna

działa w ten sposób, że zapobiega przez zwężanie naczyń silniejszemu wysiękowi surowiczemu. L. polecał wyciąg ergotynowy w dawce różnéj stosownie do wieku: dzieciom od 1 do 2 gramów, dorosłym od 3 do 4.5grm. na 120 grm. wody, z czego co pół godziny podawano po łyżeczce. (*The med. Record.* 21 listop. 1885).

Ω. Na jedném z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego berlińskiego zalecał gorąco prof. Ehrlich **kwas sulfanylowy przeciw zatruciu jodem.** Ehrlich przepisuje środek ten: *Rp. Acidi sulfanyl. 5·00, Natrii bicarbon. 2·50, Aq. destillatae 200·00. DS.* użyć w ciągu dnia. Środek ten ma usuwać bardzo szybko tak nadmierne wydzielanie błony śluzowéj przewodu oddechowego jak i ból głowy, w ogóle objawy występujące często u osób drażliwych po wewnętrzném użyciu jodu. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, str. 1688).

Ω. Rosenberg poleca pędzelkowanie rozczynem **mentolu** w oliwie lub wziewania tego środka **w gruźlicy krtani.** Po użyciu metodyczném mentolu w krótkim czasie owrzodzenia gruźlicze krtani oczyszczają się i pokrywają zdrową ziarniną. W jednym przypadku wrzody gruźlicze zabliźniły się w bardzo krótkim czasie. Autor zachęcony wynikami leczniczemi zaczął w ostatnich czasach używać wziewań z mentolu także przeciw suchotom płuc. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, str. 1650).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VI zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 2 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 16.

1. Kol. Tatarczuch przedstawia trzech chorych z oddziału męskiego chorób kiłowych i skórnych tutejszego szpitala powszechnego, a mianowicie dwóch chorych pastuchów z liszajem wyłysiającym, jednego z formą plamistą na twarzy i głowie, drugiego z guziczkowatą na wzgórku łonowym, trzeciego chorego z późną wysypką kiłową, któréj lokalizacyja i wejrzenie przemawiały również za *Herpes tonsurans*, badanie jednak okazało, że to jest późna wysypka kiłowa. Do przypadków tych nawiązuje kilka uwag o formach, przyczynach i leczeniu chorób przedstawionych, a zarazem usprawiedliwia nazwę choroby, którą wprowadza za kol. Różańskim (nie zaś za Hebrą), albowiem nazwa według kol. Różańskiego podana tłumaczy od razu rodzaj choroby, a nawet jeżeli kto chce, to może sobie i umiejscowienie choroby przy nazwie pomieścić.

2. Kol. Barącz przedstawia chorego dotkniętego tak zwaną białaczką gruczołową wrzekomą. Chory liczy 70 lat, przed rokiem już zauważył nieznaczne obrzęki gruczołów limfatycznych szyi, poczém inne gruczoły powierzchowne nabrzmiewać poczęły. Chory ten zgłosił się do kol. B. przed 2 tygodniami. Stan jego był następujący: obie strony szyi, obie pachy i pachwiny zajęte obrzękami gruczołów chłonnych, które pod pachami przechodzą wielkością pięść dorosłego mężczyzny. Skóra pokrywająca guzy jest prawidłowa, niezrośnięta z guzami. Guzy te składają się z pojedynczych małych guzków, wielkości orzecha laskowego lub włoskiego, przesuwalnych nieco obok siebie, co z łatwością wymacać można. Utkanie tych guzów jest miejscami sprężystotwarde, miejscami ciastowato-miękkie. Śledziona w obu wymiarach dość znacznie powiększona (poprzeczny jéj wymiar wynosi 13cm., a na 8cm. poniżéj łuku żebrowego jest macalna). Badanie drobnowidowe krwi kilkorazowe wykazuje znaczne pomnożenie ilości białych ciałek krwi, miejscami przepływa przez pole widzenia 7—8 białych ciałek krwi. Badanie innych części układu limfatycznego i innych narządów nie wykazuje nieprawidłowości. Chory wygląda blado, czuje się jednak zresztą przedmiotowo zupełnie zdrowym. Kol. B. uważa przypadek ten jako kliniczny obraz białaczki gruczołowéj wrzekoméj i wspomina, że pierwszy opisał tę chorobę anglik Hodgkin w r. 1832, od którego téż nosi nazwę choroby Hodgkina. W Niemczech opisał ją dokładniéj Wunderlich pod nazwą *progressive multiple Lymphdrüsenhypertrophie* a Cohnheim dał jéj nazwę *Pseudoleukaemia*, we Francyi zaś Trousseau nazwę Ademii. Do rozpoznania doszedł kol. B. przez wykluczenie, przyczém rozebrał z osobna wszelkie możliwe stany chorobowe gruczołów chłonnych. Rzadkim i osobliwym jest przedstawiony przypadek ze względu na wiek chorego i na wielkość obrzęków gruczołowych, choroba ta bowiem występuje zazwyczaj w wieku młodym lub średnim. Daléj mówi kol. B. o sposobach leczenia téj choroby, stosowanych przez niektórych autorów z pomyślnym skutkiem. Wspomina o wstrzykiwaniach miąższowych w guzy nalewki jodowéj (Lücke), daléj *solut. Fowleri* także wstrzykiwano do miąższu po kilka kropel (Czerny-Billroth), wreszcie o podawaniu wewnętrzném kwasu arsenawego, wszystko ze skutkiem pomyślnym, późniéj zastanawia się kol. B. nad działaniem fizyjologiczném kwasu arsenawego, nad zatruciem chroniczném tymże kwasem i sposobem działania jego właśnie przez wywołanie objawów zatrucia; prawdopodobnie w skutek rozszerzenia naczyń obwodowych zwiększa się znacznie przemiana pierwiastków w całym ustroju, a tém samém i w gruczołach, przez co takowe do większéj czynności bywają pobudzone i doznają odnowy. Po podaniu 0·05 cgr. kwasu arsenawego przez 2 tygodnie, zauważył kol. B. zmniejszenie się i spłaszczenie guza po prawéj stronie szyi umieszczonego, jakotéż zmiękczenie wszystkich twardych guzów. Gdy więc wpływ kwasu arsenawego okazuje się być korzystnym i w tym przypadku ma zamiar kol. B. zwiększać dawki aż do wystąpienia objawów lekkiego chronicznego zatrucia arsenawego. Kol. B. demonstruje jeszcze preparaty mikroskopowe ze krwi przedstawionego chorego.

3. Kol. Merczyński przedstawia dziewczynę, która po raz trzeci cierpi krwawienie z obu uszu, a czasem także i z nosa. Chora ta jest zresztą zdrową młodą dziewczyną, słyszy zwykle dobrze, w czasie tylko krwawienia z uszu, gdy krew zakrzepnie i zatka przewody uszne zewnętrzne, nie dosłyszy. Krwawienie to z uszu jest jeszcze z tego powodu zastanowienia godném, że wtedy, kiedy wystąpi krwawienie z uszu nie ma menstruacyi, jakotéż i z tego powodu, że chora ma jakby rodzaj aury, jaka przy padaczce się zdarza, to jest, że czuje, kiedy ma krwawienie z uszu wystąpić. Kol. M. zastanawiając się nad obecnym przypadkiem przypuszcza, czy to nie jest *menstruatio vicaria*, pomimo że wielu naszych autorów nie wierzy w istnienie takich krwawień zastępczych. Kol. M. przypuszcza więc albo *menstruatio vicaria*, albo téż że chora jest histeryczką i sama sobie drażni w jakiś sposób zewnętrzny przewód uszny i wywołuje krwawienie.

W dyskusyi kol. Widmann i inni podają wiadomość o znanych przypadkach krwawienia, mianowicie płucnego, u dziewcząt lub kobiet, które ani suchot, ani wady serca nie miały, a miewały krwotoki płucne co 28 dni. Dziewczęta te, gdy poszły za mąż, kobiety zaś gdy zostały matkami, nie cierpiały potém więcéj krwotoków płucnych, ani téż przebywane krwotoki żadnych śladów w płucach nie pozostawiały. (Dok. nast.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera**. Od kilku tygodni pojawiają się poszczególne przypadki cholery w prowincyi weneckiéj i w Wenecyi saméj; ostatniemi dniami choroba zawleczona została przez majtków do Tryjestu, gdzie już były 2 przypadki śmierci. W obec ukazania się choroby w bezpośredniém sąsiedztwie monarchii, a tém bardziéj w mieście portowém austryjackiém, Rząd polecił wszelkie możebne środki ostrożności.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,6. Z odry umarło 5 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 7 (2 z. t.); z duru brzusznego (2 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 32 przypadkach odry, 1 róży. W tygodniu od 6—12 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 4, w Monachowie 1, w Wiedniu 17, w Budapeszcie 4, w Pradze 2, w Rzymie 1, w Wenecyi 13, w Bazylei 2, w Zurychu 3, w Paryżu 6, w Londynie 1, w Odesie 2. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 2, w Akwisgranie 1. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 7, w Hamburgu 7, w Paryżu 23, w Petersburgu 17. Z odry umarło w Berlinie 13, w Gdańsku 10, w Dreźnie 11,

w Budapeszcie 17, w Paryżu 22, w Londynie 57. w Liwerpolu 14, w Petersburgu 10. Z płonicy umarło w Londynie 14, w Petersburgu 27. Z błonicy umarło w Warszawie 20, w Berlinie 36, w Gdańsku 8, w Hamburgu 15, w Wiedniu 20, w Paryżu 35, w Londynie 30, w Crystyjanii 10. Z krztuśca umarło w Londynie 58.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,0; w Warszawie 32,1; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 25,4; w Pradze 27,0; w Budapeszcie 27,0; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Strasburgu 29,0; w Amsterdamie 22,0; w Bazylei 17,4; w Brukseli 24,0; w Chrystyjanii 18,3; w Kopenhadze 17,3; w Londynie 18,8; w Odesie 31,0; w Paryżu 24,4; w Petersburgu 25,6; w Rzymie 24,8; w Stokholmie 22,8; w Wenecyi 32.3; w Zurychu 22,8. *J. B-*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 grudnia. W poniedziałek d. 28 odbył się zapowiedziany w przeszłym numerze wykład demonstracyjny prof. Wróblewskiego w obecności kilkudziesięciu gości z rozmaitych warstw społeczeństwa naszego.

Prelegent rozpoczął od objaśnienia elektrycznéj instalacyi zakładu, wspomniał następnie o metodach już od dawna znanych posługiwania się światłem elektrycznem przy demonstracyjach naukowych, a mianowicie przepuszczając światło przez przedmioty przeźroczyste. Dla demonstrowania téj metody ustawiony był mikroskop elektryczny i okazywane piękne preparaty proff. Teichmanna i Browicza z dziedziny anatomii, prof. Wierzejskiego z zoologii, wreszcie prof. Rostafińskiego z botaniki przy powiększeniach linearnych od 150 do 900 razy, a w końcu demonstrował elektrolizę wody w świetle przechodzącém, co wywołało huczne oklaski. Wreszcie wyłożył nową metodę demonstrowania przez projekcyje przedmiotów nieprzeźroczystych w świetle odbitém. Przystępując do tego prelegent wyraził podziękowanie swemu asystentowi p. Teodorowi Aleksandrowiczowi za okazaną mu przy wypracowaniu téj metody pomoc. Wiadomo jest, że jeżeli zapalimy świecę w ciemnym pokoju i postawimy przed nią soczewkę, to możemy otrzymać za pomocą téj soczewki obraz świecy przewrócony powiększony na ekranie lub ścianie białéj i wielkość obrazu będzie zależeć po części od soczewki użytéj, po części od odległości ściany. Podobnież za pomocą soczewki można otrzymać obraz każdego przedmiotu nieprzeźroczystego i nieświecącego, jeżeli się go z boku silnie oświetla. Na metodzie téj próbowano zbudować przyrząd do projekcyi już dawno i jeszcze w roku 1865 w Anglii optyk Chadburn zbudował latarnię, którą projektował rysunki, medale i mechanizmy, jak np. wnętrze zegarka na ekran. Lecz daléj rzecz ta nie była posunięta i prof. Wróblewski pierwszy rozwinął tę metodę o tyle, że może projektować na ścianę całe czaszki, głowy, ręce, preparaty anatomiczne, doświadczenia fizyjologiczne z zachowaniem wszystkich barw i odcieni przy dowolném powiększeniu [1]). Do téj części wykładu dostarczyły przedewszystkiém bogatego materyjału kolekcyje prof. Teichmanna i Nowickiego. Pokazawszy najprzód swą rękę na ekranie powiększoną 9 razy, prof. W. pokazywał przy témże powiększeniu ręce z odpreparowanemi tętnicami i żyłami, czaszki itd. Przy powiększeniu zaś linearném 19 razy demonstrował doświadczenia z zakresu fizyjologii, przygotowane przez prof. Cybulskiego, a mianowicie kurczenie się mięśnia podrażnionego przez prąd elektryczny, bicie serca u żaby i serce bijące wykrojone ze świeżo zabitéj żaby; prof. Cybulski zaś demonstrował bieg krwi w śródjeliciu i w pęcherzykach płucnych żaby. Wykład swój zakończył prof. W. zwróceniem uwagi słuchaczy na uniwersalność i wielką doniosłość metody jako środka do demonstracyj naukowych.

* Prof. Adamkiewicz mianowany został członkiem korespondentem *Société de Biologie* w Paryżu.

[1]) Dzienniki fachowe doniosły, że parę tygodni temu prof. Stricker w Wiedniu projektował w odbitém świetle przedmioty takie jak przekrój jamy nosowéj, serce bijące żaby i swe palce. Lecz prof. Stricker zaznaczył we wstępie swego wykładu sam, że na tę metodę zwrócił uwagę jego prof. Wróblewski. (Patrz Przegl. Lek., 1885, Nr. 49.

* Kol. Obtułowicz w Buczaczu donosi nam, że Dr. Apolinary Tarnawski, lekarz powiatowy w Jaworowie, zapadł ciężko na dur plamisty, którego się nabawił od chorych w powiecie swym.

* W roku ubiegającym nauka nasza straciła znakomitych pracowników: Frerichsa, Henlego, Panuma, Millne-Edwardsa i Haesera; nadto zmarli fizycy: Jolly i Schwanda; chemik Fehling; anatomowie: Siebold, Aeby, Robin; fizyjologowie: Picard, Carpenter i Heynsius; farmakologowie: Boeck i Rabuteau; klinicyści: Velten, Seidlitz, Leisrink, Hein, Budge, Burow i Guéneau de Mussy; chirurdzy: Schmidt, Vogt, Uhde; dermatolog: Canturri; psychijatrzy: Haucke, Rozsay, Faludi, Zini; balneologowie: Roth, Holzer, Thilenius; psychijatrzy: Buccola, Miraglia, Schlager, Lunier; neurolog Berger; uprawiający medycynę publiczną: Housselle, Guy, Czystowicz, Minn, Schneller, Popper; lekarze wojskowi: Grimm, Starcke, Ripari; weterynarz Bouley; poeta Alf. Meisser, podróżnik Nachtigall; antropolog Ploss, redaktor Boerner i zasłużony obywatel Strassmann. Lekarze polscy opłakują zgon fizyjologa Piotrowskiego, dermatologa Góreckiego, klinicysty Brodowicza, fizyka Prażmowskiego i wielu innych, z pośród których niechaj nam wolno będzie przypomnieć zacnego Żulińskiego i tyle obiecującego Wolframa. Czesi stracili chirurga Blazinę i sympatycznego a zdolnego Czardę. Cześć ich pamięci!

* Radzca lekarski i rządowy Dr. Albert Gustaw Weiss w Szczecinie przeniesiony został do Düsseldorfu. Dr. Weiss wsławił się tłumaczeniem Mickiewicza i innych poetów polskich na język niemiecki.

* **Paryż**. Wszyscy lekarze szpitalów paryskich, w liczbie 113, wystosowali prośbę do ministerstwa spraw wewnętrznych o zatrzymanie Sióstr Miłosierdzia jako najodpowiedniejszych do pielęgnowania chorych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachium.** Docent prywatny Dr. Angerer w Würzburgu powołany został jako nadzw. profesor do kierowania polikliniką chirurgiczną. — **Gryfija.** Dr. Solger, prosektor w Hali, powołany został jako profesor nadzw. histologii. — **Strasburg.** Dr. Bayer potwierdzony został jako docent położnictwa i ginekologii. — **Paryż.** Dr. Duval mianowany profesorem histologii. — **Charków.** Prof. nadzw. oftalmologii Dr. Hirschmann mianowany profesorem zwyczajnym. — **Kijów.** Docent Dr. Dobronrawów z Moskwy powołany został jako profesor ginekologii i położnictwa.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł d. 21 grudnia dyrektor tamecznéj szkoły weterynarskiéj prof. Dr. Fryderyk Roloff. — Natomiast żona prof. Hornera w Zurychu w depeszy do dzienników niemieckich wystosowanéj zaprzecza wiadomości o śmierci męża.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 52: Janiszewskiego: Przyczynek do operacyi wysokiego czyli nadłonowego cięcia pęcherza moczowego (dok.); Lewyego: Spostrzeżenia nad działaniem kokainy w bólach połowicznych głowy, w nerwobólach oka i ucha. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: Rosenthala: O operacyjném leczeniu wypadnięcia macicy i pochwy; Heringa: Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. WICZKOWSKI: Doświadczenia nad antypyrynem. (Odbitka z Przegl. Lek.) Kraków 1885, in 8vo str. 61.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 stycznia 1886. № 2. Rok XXV.

I. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Rany mniejsze, wynikłe z podwiązania szypułek torbieli jajnikowych lub zrostów mniéj rozległych, są wcale nieszkodliwe; wydzielina z nich jest skąpa, a zapalenie zlepne rychło się rozwijające w téj części otrzewny, która z niemi się styka, sprowadza otorbienie ich i wysunięcie poniekąd z jamy otrzewny. Inaczéj rzecz się przedstawia, jeśli powstają rozległe powierzchnie ranne. Prócz pomniejszenia się w tym razie powierzchni otrzewnowéj zdolnéj do chłonienia, gromadzi się jeszcze znaczna ilość wydzieliny przyrannéj, z wessaniem któréj częstokroć otrzewna uporać się nie może. Przeważny wpływ w tym razie wywiera miejsce, w którém mieści się wydzielająca rana otrzewnowa. Jeżeli rana przypada w górnéj części jamy brzusznéj, mówiąc ogólnie, jeśli leży powyżéj przestworu miednicy, wówczas wydzielina spływa ku dołowi i stykając się natenczas z prawidłową otrzewną, nie upośledzoną co do czynności, ulega wessaniu. Dla tych też powodów nawet znaczniejsze zrosty w górnych częściach jamy brzusznéj nie budzą pospolicie większéj obawy. Jeżeli zaś po wyłuszczeniu guza powstająca powierzchnia ranna rozciąga się w jamie miednicy, a więc w najniższém miejscu jamy brzusznéj, natenczas wydzielina przyranna nie opuszcza pierwotnego miejsca wytworzenia; pętle jelita zawierające powietrze wznoszą się ku górze, a nagromadzona ciecz zapełnia jamę odartą z powłoki otrzewnowéj i dla tego zwolna i niedostatecznie tylko wsysającą. Nader obficie wytwarzająca się w pierwszych 24—48 godzinach wydzielina przedstawia się jako ciecz surowicza, cienko płynna, krwawo ubarwiona, która podlega z łatwością rozkładowi, przedstawiając wyborny materyjał odżywczy dla rozwoju bakteryj. Spokojnie zalegając jamę miednicy może podpaść śród korzystnych zresztą warunków (ciepła, spokoju) już w przeciągu 12—24 godzin rozkładowi, przez co staje się cieczą septyczną nader zakaźną, która wznieca w otaczającéj tkance łącznéj i sąsiedniéj otrzewnie procesy zapalne, groźne i nie rzadko śmiercią się kończące. Główne niebezpieczeństwo stanowi przeto nagromadzenie się surowicy krwawéj, o któréj słusznie powiedział Keith: *the red serum, that enemy of ovariotomist*, czerwona surowica, oto wróg operatora przy owaryjotomii.

Łacno mógłby zarzucić niejeden z czytelników i to słusznie, że ścisłe i surowe przestrzeganie prawideł ostrożności antyseptycznych przy laparotomijach, powinno przecież zapobiedz rozkładowi wydzieliny i uniemożebnić wtargnięcie bakteryj do rany w jamie miednicy. Sprawiedliwym rzeczywiście jest ten zarzut, gdyż istotnie trudno napotkać podobne do opisanych co dopiero stosunki przyranne, gdzie niedołęztwo całego aparatu antyseptycznego w tym kierunku tak dobrze na jaw wychodzi. Rzeczą znaną od dawna jest, że postępowanie utarte przy leczeniu ran nawet najściśléj przestrzegane nie chroni bezwzględnie od wtargnięcia mikroorganizmów. W pracy méj (*Zur Sprayfrage Arch. v. Langenbecks* XXV, 4 z.) ogłoszonéj przed 5 laty omówiłem bliżéj tę sprawę i wykazałem, że zwłaszcza rozpylanie środków antyseptycznych wcale nieodpowiada zadaniu przypisanemu mu w tym względzie. Niedawno też przeprowadził Kümmel (*Contact u. Luftinfection in der Chirurgie XIV Congress der Chirurgen in Berlin*) szereg dokładnych doświadczeń przy pomocy najświeższych metod badania bakteryj, z których wynika, że nawet w razie doszczętnego wyplenienia bakteryj z jedwabiu, katgutu, sączków, jak również z narzędzi, pozostaje jeszcze nie mało źródeł zakażenia, których bezwzględnie ustrzedz się nie podobna. Zarodki zakaźne bujające w powietrzu ostają się mimo użycia sprayu i innych w praktyce stósowanych środków, przedewszystkiém zaś ręce nasze i palce stanowią stateczne źródło zakażenia

ran. (Wypływa ztąd skazówka, że pod względem czyszczenia i desinfekcyi rąk naszych nigdy dość pedantycznym być nie można, a im dosadniéj posługujemy się mydlem i szczotką, jakoteż rozczynem kwasu karbolowego i sublimatu, tém pewniejsze osiągniemy wyniki, choć w zamian za to ręce dzisiejszych chirurgów w ten sposób udręczane daleko odbiegają wypieszczonych form salonowych). Każdy zresztą obznajmiony choć po części z nader skomplikowanemi metodami, któremi posługuje się bakteryjologija w celu bezwzględnéj desinfekcyi i wyplenienia mikroorganizmów, przychodzi sam przez się do przekonania, że metoda antyseptyczna w chirurgii nie grzeszy wcale doskonałością pod tym względem.

Jak pogodzić z tém fakt, że mimo stron ujemnych naszéj antyseptyki przecież z jéj pomocą osiągamy tak pewne, a nawet można z dumą powiedzieć, świetne wyniki? Wytłumaczenie jest bardzo proste. Wysiłkom naszym antyseptycznym przychodzi w pomoc nader skutecznie sam organizm ranny, tkanina żywa, i podczas gdy bakteryjolog ma przed sobą jedynie martwy grunt odżywczy, chirurg liczy się wszędzie z tkanką żyjącą, która podejmuje walkę o byt z mikroorganizmami i dość często bez pośrednictwa sztuki lekarskiéj wychodzi z niéj zwycięzko. Powszechnie jest wiadomém, że znaczna ilość mikroorganizmów ginie bezwarunkowo w ciele wyżéj ustrojonego zwierzęcia nie przynosząc mu szkody, część inna znajduje trudne tylko warunki rozwojowe, a mała zaledwo liczba bakteryj t. zw. chorobotwórczych dla dotyczącego rodzaju lub gatunku łatwo przyjmuje się w nim i rozmnaża. Działanie to wzajemne między zarodkami zakaźnemi z jednéj, a zakażonym organizmem z drugiéj strony ma doniosłe znaczenie dla całéj patologii, a pominięcie go naraża na wielkie błędy, których nie mało nam przyniosły ostatnie czasy.

Zadanie przeto antyseptycznego zaopatrzenia ran odnosi się nietylko do możliwéj ochrony rany przed zarodkami zakaźnemi, lecz winno uwzględnić zarazem wszystko, co może wzmocnić odporność zranionych tkanek obrażonego organizmu.

Trudno zapuszczać mi się tutaj w szczegóły. Napomknę więc tylko, że znane są choroby ogólne, w przebiegu których odporność organizmu zostaje tak upośledzoną, iż wszelkie zabiegi antyseptyczne zawodzą, a nawet najmniejsze ognisko zakaźne może się stać zgubném w skutkach. Do rzędu takich chorób należy przedewszystkiém cukrzyca i ogólna miażdżyca tętnic, w obec których każde cięcie noża może sprowadzić septyczne zapalenie tkanki łącznéj, za którém w ślad biegnie zgorzel. Dla tych powodów wzbraniamy się prawie zawsze wykonania amputacyi lub innych zresztą małoznacznych zabiegów operacyjnych u chorych z podobnemi cierpieniami, świadomi naszéj niemocy. Z wielkiém prawdopodobieństwem przypuścić można, że również pewien stan ogólnego osłabienia sprzyja powstaniu septycznego zapalenia otrzewny.

Lecz również w najsilniejszym ustroju będzie zamąconym przebieg gojenia się rany, jeśli stosunki czysto miejscowe obniżą odporność żyjących tkanek lub osłabią ich działanie. Pewną jest rzeczą, że obrażona tkanina tam jedynie pomyślny bój z mikroorganizmami stoczyć jest w stanie, gdzie zachowując pełną energiję życia, zetknie się bezpośrednio z napastującym ją wrogiem. Większe części nieżywych tkanek w ranie podobne są do obumarłego ciała, poza ustrojem się znajdującego, które sprawie rozkładowéj, względnie bakteryjom, żadnego czynnego oporu nie stawia. Wydzielina zatrzymująca się w ranie zachowuje się zupełnie w ten sam sposób, przedstawiając nadto o wiele korzystniejszy grunt dla rozwoju bakteryj, niż zbite obszary tkanek.

Nagromadzona w większéj ilości wydzielina w ranie przedstawia jamę wypełnioną cieczą, w któréj zewnętrzne jedynie warstwy, bezpośrednio przylegające do powierzchni rannéj, podlegają wpływowi żywéj tkanki; w środkowéj części jamy zebrana ciecz nie różni się swém zachowaniem się od cieczy zewnątrz ustroju będącéj, od płynu zawartego w rurce szklanéj bakteryjologa; w powstającém na téj drodze ognisku martwém [1]), ochronione od wpływu żyjącéj tkaniny bakteryje mogą się rozwijać bez przeszkody.

Jedno z najważniejszych przeto zadań antyseptycznego zaopatrzenia ran dotyczy zapobiegania ogniskom martwym w ranie, a polega na oddalaniu wydzieliny z ran i ułatwieniu wzajemnego zetknięcia się powierzchni rannych. Lister, jak wiadomo, podał już dwa główne środki wiodące do celu powyższego, tj. drenowanie i ucisk. Ostatniemi czasy postarano się przez tak zwany szew warstwowy (*Etagennaht*) sprowadzić bezpośrednie zetknięcie się powierzchni rannych, aby w ten sposób uchronić się przed powstaniem ognisk martwych. Jakkolwiek zasada szwu warstwowego jest słuszną i w wielu razach uwalnia od zakładania sączków, to przecież nie wszędzie może znaleść zastósowanie ten środek a częstokroć nie całkiém jest bezpiecznym. Nie sądzę też, aby z czasem dał się zupełnie usunąć sączek ze zbioru skutecznych środków antyseptycznych.

Powracając znowu do ognisk martwych w miednicy przekonywujemy się, że środki tak niezawodzące w innych ranach, tj. drenowanie i ucisk, odmawiają tu skutku, zastósowane przynajmniéj w téj postaci, którą im nadaje opatrunek Listera. W pracy wyżéj wspomnianéj rozebrałem przyczyny, dla których drenowanie jamy otrzewny za pomocą zwykłych sączków pospolicie nie prowadzi do celu [2]). Wszelkie usiłowania w tym kierunku podjęte obróciły się w niwecz, a ten sam los spotkał również pełen pomysłu lecz także i komplikacyj sposób podany przez Bardenheuera.

Główne przeszkody skutecznego drenowania jamy otrzewnowéj są następujące: Po pierwsze nie jesteśmy w możności wyprowadzenia ku górze wydzieliny z głębi jamy brzusznéj, a mianowicie z miednicy, a najsilniejszy opatrunek uciskowy będzie bezowocny dlatego, że trzewa w części nader są ściśliwe, po części zaś łatwo bardzo uchylają

[1]) Nazwa ta stworzona przezemnie przed 5 laty została już ogólnie przyjęta. Jedynie M. Proot odrzuca w swéj rozprawie doktorskiéj „*Zur Geschichte der Drainage*.“ Heidelberg 1884, niemiecką nazwę „*Todter Raum*“, zarzucając jéj, że stanowi *Contradictio in terminis* i zaleca natomiast przyjęcie wyrazu „*Todte Masse*“. Zdaniem mojém właśnie *contradictio in terminis* najprościéj określa cały stosunek, podczas gdy „martwa masa“ oznacza wszystko, co jest pozbawione życia, a więc również zwłoki, kamień itd. *Todter Raum* przeciwnie oznacza przestrzeń wytworzoną śród żyjącego ustroju, która jednak usunięta jest z pod jego wpływu. Nazwa moja odpowiada analogicznemu wyrazowi utartemu powszechnie w fizyce „punkt martwy“ przy korbie, którego istnienie zapewne Prootowi również znaném być musi. Nie mniéj w sztuce obwarowania wojennego zyskało sobie prawo obywatelstwa wyrażenie „*todter Winkel*“, oznaczające przestrzeń rozciągającą się tuż przed wałem ochronnym, którą przenoszą strzały forteczne i która przeto nie stoi pod ochroną własnych pocisków.

[2]) Wyjątek stanowią otorbione wypociny i ropnie otrzewny, które w skutek zamknięcia worczastego dostają się niejako po za granice otrzewny i nadają się w ten sposób do drenowania, jak wszystkie inne ropnie.

się od ucisku. Prócz tego zbyt łatwo poddaje się przepona; zresztą szkodliwy wpływ na narządy klatki piersiowéj zabrania również od nadto gwałtownego ucisku jamy brzusznéj. Przyczyna druga tkwi w zlepach, które się rychło około sączka wytwarzają i w ruchliwych trzewach, które układając się na około sączka zamykają otwory i otarbiają go, podobnie jak każde ciało obce. Te względy wymagają wyrzeczenia się drenowania jamy otrzewnowéj nawet wtedy, jeśli stosunki mechaniczne zresztą korzystne byłyby dla osobnego odpływu wydzieliny, mianowicie przy drenowaniu zagłębienia siedzeniowo-odbytnicowego przez pochwę.

Polecane przez Simsa i Peaslego drenowanie drogą pochwy w owaryjotomijach upadło też zupełnie słusznie. Będąc asystentem w Wiedniu często miałem sposobność zauważania podczas oględzin pośmiertnych, że sączek wprowadzony do jamy otrzewnowéj w zupełności uległ zamknięciu, a tuż obok niego nagromadziła się obfita ilość wydzieliny, która stworzyła punkt wyjścia śmiertelnego zapalenia otrzewny. (C. d. n).

II. O krążeniu krwi w komorce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

4) Budowa zwojów międzykręgowych.

Przedewszystkiém chciałbym w krótkości przedstawić strukturę histologiczną zwojów międzykręgowych, o ile ona nas tu obchodzi, a późniéj dopiero mówić o sposobie ich unaczynienia.

Barwienie safraniną ma nieocenioną wartość nietylko przy badaniu tkaniny nerwowéj, ale także przy badaniu zwojów.

Podczas gdy safranina nerwy a w szczególności ich istotę rdzenną barwi pomarańczowo, wszystkie zaś twory komórkowe i samą istotę zwojową barwą fioletową w różnych jéj odcieniach, przedstawia się preparat niezwykle pięknie i wyraźnie, pozwalając jak żaden inny sposób barwienia jasno i dobitnie histologiczne szczegóły od siebie odróżnić.

Krając zwój międzykręgowy w cięcia podłużne, t. j. takie, które przechodzą w kierunku wstępujących i zstępujących nerwów, otrzymamy przy słabém powiększeniu obraz mniéj więcéj w następujący sposób się przedstawiający:

Preparat ma kształt eliptyczny. Okrywa go mniéj lub więcéj gruba osłonka, składająca się z tkanki łącznéj równolegle prążkowanéj i zasianéj podłużnemi, owalnemi jądrami. Na obydwóch biegunach zwoju przechodzi ta osłonka w pochewkę (*perineurium*) korzeni nerwowych i za taką też dla zwoju uchodzić może.

Same korzenie nerwowe wchodzą a względnie wychodzą w obydwóch biegunach w samo ciało zwoju. Tutaj rozpadają się w pojedyncze pasma, które drążą od biegunów w głąb zwojów i rozpadają się w nieregularne coraz drobniejsze wiązki i smugi zachowując zawsze wejrzenie faliste, przebiegając wśród istoty zwojowéj na kształt żyłek marmuru. Przestwory pomiędzy temi żyłkami zapełnione są przez właściwą istotę zwojową, t. j. komórki zwojowe.

Już przy małém powiększeniu można je rozpoznać jako okrągłe, śpiczaste, wielokątne, jedném słowem: nieregularne i gęsto obok siebie ułożone twory. W środku ich widzieć można silniéj zabarwione, jasną obwódką otoczone t. z. „jąderko". W wielu komórkach zwojowych dokładnie zauważyć można jeszcze obok tego, nieregularnego kształtu plamę barwikową. Wreszcie na około każdéj komórki zwojowéj widoczném jest koło, które przy słabém powiększeniu zdaje się składać z punktów regularnie w koło ułożonych. Pomiędzy tém kołem a wśród niego leżącą komórką zwojową znajduje się wolna, nieregularna, szczelinowata przestrzeń. Na przekrojach poprzecznych zwojów międzykręgowych obraz jest właściwie ten sam, z tą różnicą, że przekrój poprzeczny przedstawia się jako koło, a wiązki wśród podłoża zwojowego rozgałęziających się korzeni nerwowych w grupach na poprzek przeciętych.

5) Budowa komórek zwojowych międzykręgowych.

Badając budowę komórek zwojowych, wchodzących w skład zwojów międzykręgowych, doszedłem do następujących wyników.

W każdéj komórce zwojowéj zwojów międzykręgowych, obok wychodzących z niéj nerwów, odróżnić musimy jeszcze trzy osobne części składowe:

1. Torebkę zwojową.
2. Ciało zwoju.
3. Dwa rurkowate wyrostki zwojowe.

1. Torebka zwojowa składa się z dwóch części, z cienkiéj osłonki tkankołącznowéj i z warstwy przybłonka, wyściełającego wewnętrzną powierzchnię téjże.

Osłonka tkankołącznowa komórki zwojowéj składa się z pokładu prążkowanéj tkanki łącznéj, u wołu bardzo cienkiego, u człowieka nieco grubszego, wśród którego leżą podłużne, eliptyczne jądra.

Ma ona kształt, jużto okrągły, już też mniéj lub więcéj jajowaty, jest przytém nieco pomarszczona i otacza komórkę zwojową jak kula próżna.

Wewnętrzna do przestrzeni próżnéj zwrócona ściana téj kuli wyścielona jest pojedynczym pokładem płaskich komórek przybłonkowych. Te ostatnie mają kształt regularny wielokątny i posiadają w samym środku wielkie, okrągłe jądra, które safranina barwi ciemno fioletowo, a od reszty blado-fioletowéj komórki odróżnia się jasnym okrągłym pasem. W dwóch miejscach jest zawsze torebka zwojowa w swéj ciągłości przerwaną.

W tych miejscach wydłuża się w cienkie rurki. Jako pojedyncze przedłużenia torebek zwojowych, posiadają rurki te tę samą budowę histologiczną, co torebka. Składają się z zewnętrznéj warstwy tkanko-łącznowéj i wewnętrznego pokładu śródbłonków.

Znaczenie bardzo ciekawe tych wyrostków rurkowatych torebki zwojowéj wyjaśnię później. Tu nadmienię tylko, że przestrzeń przez torebkę zwojową zamknięta, którą dla krótkości przestworem torebkowym nazywam, stoi w związku z kanałami zamkniętemi wśród rurkowatych wypustek torebki.

2. Ciało zwoju składa się także z dwóch różnych części — z komórki zwojowéj i błony zwojowéj.

Komórka zwojowa jest ciałem, jużto okrągłém, jużto owalném, już też wreszcie kończastém i widocznie wskutek pośmiertnego skurczenia bardzo nieregularném. Safraniną barwi się fioletowo i posiada w środku ciało okrągłe, ziarniste, które pospolicie uchodzi za jądro komórki zwojowéj i które w swém wnętrzu ukrywa okrągłe, ciemno-

fioletowo barwiące się t. z. „jąderko“. Na jedném, najczęściéj na boku położoném miejscu komórki zwojowéj, znajduje się znana, z ziarenek barwika składająca się, nieregularna plama.

Błona zwojowa jest to workowaty z bardzo cienkiéj błony składający się uchyłek, który pokrywa komórkę zwojową w zupełności. Komórka zwojowa leży w swéj błonie podobnie jak piłka w swoim woreczku. Błona zwojowa w stosunku do komórki zwojowéj jest za wielką, otacza ją więc jak obwisły worek i w ten sposób pozostaje pomiędzy komorką zwojową a jéj osłonką miejsce wolne. Istnienie tego miejsca wolnego, które przestworem zwojowym nazywam, jest tem łatwiéj wykazać, im komórka zwojowa jest ciemniejszą i nieprzeźroczystszą jéj błona zaś jaśniejszą i więcéj przeświecającą i gdy wiele zębów, zagłębień i nierówności powierzchni ciała zwojowego dla osłaniającéj błony korzystną podstawę optyczną stanowi.

Błona zwojowa ma swą własną budowę. Składa się ona z komórek do przybłonka podobnych, nieregularnych, wieloobocznych, o jądrze środkowém okrągłém, które komórki torebki zwojowéj o wiele wielkością swą przewyższają. Szczególnie pięknie przedstawiają się komórki wieloboczne błony zwojowéj w zwojach międzykręgowych wołu. I błona zwojowa nie jest, podobnie jak torebka zwojowa workiem w sobie zamkniętym, lecz przenosi się tak samo, jak tamta, na dwie cienkie rurki. Te wyrostki błony zwojowéj wchodzą do wnętrza rurek torebkowych i przebiegają w ich wnętrzu.

3. Rurkowate wyrostki zwojów składają się zatém, jak z poprzedniego opisu wynika, z dwóch współśrodkowych ułożonych walców, z których zewnętrzny należy do torebki zwojowéj, wewnętrzny zaś do błony zwojowéj.

Wkażdym z tych dwóch podwójnych rur mieszczą się dwa współśrodkowe przestwory.

Wewnętrzny przestwór jest na przekroju poprzecznym okrągły. Jest on bezpośredniém przedłużeniem przestworu zwojowego i zamknięty jest przez dopiero co opisane walcowate wyrostki błony zwojowéj.

Zewnętrzny przestwór jest na przekroju poprzecznym kształtu obrączkowatego. Tworzy on bezpośrednie przedłużenie przestworu torebkowego i ograniczonym jest od wewnątrz przez wyrostki rurkowate błony zwojowéj, od zewnątrz wypustkami torebki zwojowéj.

6. Układ naczyniowy tętniczy w zwojach międzykręgowych.

Ogólna siatka tętnicza naczyniowa zwojów kręgowych przedstawia się najpiękniéj na nie barwionych cięciach podłużnych preparatów nastrzykanych. Obrazy tego rodzaju przedstawiają się wspaniale, a na oko czułe na histologiczne piękności wywierają niezwykłe wrażenie.

Przy słabém powiększeniu przedstawiają się te obrazy w następujący sposób. Tkanka podstawowa zwoju z powodu stwardnienia w płynie Müllerowskim wygląda jasnożółto. Tak samo zabarwione są także komórki zwojowe. Jednak pomimo téj barwy odróżniają się od tkanki podstawowéj jako ostro odgraniczone, torebką otoczone kule. Wiele między niemi odznacza się ciemno-zielonemi, ostro odgraniczonemi plamami. Zawdzięczają one tę barwę barwikowi w nich się znajdującemu, który przez płyn stwardniający zielono zabarwiony został.

Reszta komórek zwojowych na przekroju się znajdujących zabarwioną została ostro i wyraźnie masą karminową do tętnicy kręgowéj wstrzykniętą; komórki te przedstawiają się rozrzucone po całym preparacie jako twory odgraniczone, czerwone. Szczegółowe wyniki nastrzykań były następujące:

Do zwojów kręgowych nie dochodzą ani stałe ani téż wielkie tętnice. Największa część gałązek tętniczych dostaje się razem z korzeniami nerwowemi do wnętrza zwoju. Przebiegają one pomiędzy włóknami nerwowemi korzenie nerwowe tworzącemi, zatém równolegle do siebie i do osi pozioméj korzenia nerwowego i wśród przebiegu oddają prawie pod kątem prostym małe gałązki. Nastrzykany więc korzeń nerwowy ma wejrzenie mniéj lub więcéj kratkowane

Obok dopływów przez korzenie znajduje się jeszcze w każdym zwoju znaczna ilość mniejszych gałązek, które od powierzchni w głąb istoty zwojowéj drążą przecinając ją we wszystkich kierunkach.

Zkądkolwiek jednak przypływ tętniczy ma miejsce, zawsze i stale dzieje się, że gałązki dopływowe rozpadają się w cały pęk tętniczek zaopatrujących pojedyncze obszary zwoju. Gałązki tego pęku tworzą następnie drobniejsze jeszcze rozkrzewienia, których pojedyncze tętniczki kończą się w kształcie wieńców i w téj postaci każdą komórkę zwojową, mianowicie jéj torebkę, otaczają.

Te wieńce włosowate, otaczające pojedyncze torebki zwojowe, bywają utworzone jużto przez jednę tylko gałązkę, już téż przez zlanie się kilku gałązek. Wskutek tego téż wiją się one albo tylko jako pojedyncze koła, lub téż jako wieńce z wielu splotów się składające, na obwodzie torebek zwojowych.

Wewnątrz tych wieńców naczyniowych znajdują się czerwono nastrzykane twory. Przy małém powiększeniu widzi się, jak już wspomniałem, wielką liczbę jużto okrągłych już téż gruszkowatych czerwonych plam. Przy silném powiększeniu można poznać, że te plamy nie są żadnemi przypadkowemi tworami, że mają ostro ograniczone kontury i że za pomocą szypułki przyczepione są do wieńca naczyniowego.

Wykazać znaczenie tych szypułkowatych tworów nie przedstawia wielkich trudności.

Łatwo można poznać, że czerwono nastrzykane twory kształtu gruszkowatego są właściwemi ciałami zwojowemi ściśle nastrzykanemi, okrągłe zaś plamy odpowiadają masą injekcyjną napełnionym torebkom zwojowym, do których dostała się masa ta po pęknięciu osłonki zwojowéj.

W pierwszych odróżnić można nastrzyknięte właściwe ciało zwojowe od torebki zwojowéj, która jest przestworem ostro odgraniczonym od niego oddzieloną, podczas gdy w drugich nie można dostrzedz ani komórki zwojowéj ani przestworu torebkowego z powodu, że cała torebka jest masą wypełniona. (C. d. n.)

III. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał Dr. Stanisław Klikowicz z Petersburga.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Opierając się na tych doświadczeniach eksperymentowaliśmy zawsze na umiarkowanie wilgotném białku i dla każdéj seryi doświadczeń ważyliśmy jednocześnie starannie dowolną ilość (1—2 gr)., któråśmy następnie przy 110°C. aż do

stałéj wagi suszyli i z tego obliczali suchą istotę białka poddanego trawieniu. Do wszystkich doświadczeń używaliśmy sztucznego soku żołądkowego, gdyż 1) pod względem skuteczności nie ustępuje on naturalnemu, 2) skuteczność naszego sztucznego soku żołądkowego zawsze jednakową pozostawać mogła, podczas gdy siła naturalnego soku żołądkowego jest niestałą, i 3) gdyż używając go jesteśmy przy większych szeregach doświadczeń bardziéj niezależni od przypadków. Pepsyna, którą mieliśmy do rozporządzenia, pochodziła z fabryki H. Früzelberga w Andernach nad Renem *(Pepsinum purum pulveratum)*. Preparat ten okazał się bardzo skutecznym; braliśmy po 0.5—1.0 na 1,000 wody. Ponieważ preparat nasz zawierał w sobie cukier, przeto za każdym razem musieliśmy zważoną już ilość tak długo płukać na sączku, aż filtrat zupełnie był wolnym od cukru. Oprócz pepsyny każdy litr cieczy zawierał 10 cm. sz. zwyczajnego kwasu solnego ciężaru gatunkowego 1.12. We wszystkich więc przypadkach polewano pozostały 1 gram kupnéj pepsyny jednym litrem trawiącego kwasu solnego, odstawiano na 14—16 godzin w zimne miejsce i potém dopiero używano. Mieszaninę taką uważaliśmy za skuteczniejszą od świeżo przygotowanéj. Do każdéj porcyi wilgotnego białka, któréj waga bezwzględna dla każdéj grupy doświadczeń stosownie do ilości zawartéj w nich wody rozmaitą była i 20—40 gr. wynosiła, braliśmy po 450 cm. sz., cieczy trawiącéj. W każdéj grupie jedna porcyja służyła do kontroli, przez dodanie 50 cm. sz. wody doprowadzono objętość téj porcyi kontrolowéj do 500 cm. sz., podczas gdy do pozostałych porcyj dodawano istoty, które chcieliśmy zbadać, rozpuszczone wzgl. zawieszone w 50 cm. sz. wody. W ten sposób otrzymaliśmy we wszystkich kolbach jednakowe wagi białka i jednakowe objętości soku żołądkowego o równém stężeniu, jako też istoty mające być badane. Następnie wszystkie kolby ogrzewano i zawartość ich umiarkowano na 40°C. Przy polewaniu samém, a tém bardziéj przy wstrząsaniu, płateczki białkowe rozchodziły się, tak, że można było przypuszczać, iż we wszystkich porcyjach ciecz trawiąca jednakowo ściśle zmięszała się z białkiem. Nie możnaby było powiedzieć tego, gdyby ścięte białko za pomocą silnego wyciskania zostało pozbawioném wody; wówczas wielkie bryły pozostałyby do samego końca nierozpuszczone, a o jednostajném opłukaniu ze wszech stron nie mogłoby być mowy. Potém wstawiano kolby do pieca, którego temperatura wykazywała stale 40—42°C., i co 20—30 minut wstrząsano je silnie. Po upływie 1—2 godzin można już było widzieć, jakie różnice w sile rozpuszczającéj niektórych porcyj białka wywołane zostały przez dodanie rozmaitych istót. Różnice te notowaliśmy starannie, i okazało się wkrótce, że byłoby niesłusznem wnosić z tego o energii procesu, gdyż zdarzało się bardzo często że dwie, w nierównym stopniu rozpuszczone, porcyje dawały jednakowe, albo nawet w odwrotnym kierunku różniące się osady obojętne i że ilościowe oznaczenie ostatecznego produktu trawienia było w sprzeczności ze spodziewanemi rezultatami. Oprócz porcyj do doświadczeń służących, białko w kolbie kontrolowéj nie zawsze przy jedném i tém samém stężeniu sztucznego soku żołądkowego jednakowo prędko się rozpuszczało; zależy to być może od wielkości płateczków białkowych, która przy każdém przygotowaniu materyjału inaczéj wypada. Zwykle przerywaliśmy trawienie po 5—6 godzinach, skoro tylko jedna, przeważnie porcyja kontrolowa, całkowicie rozpuszczoną została. Wystrzegaliśmy się zanadto długiego trwania doświadczeń, gdyż podług wszelkiego prawdopodobieństwa wpływ na trawienie nie jest absolutny, lecz tylko czasowy i różnice, wyraźnie bardzo po 4—5 godzinach występujące, zostać mogą przy dalszém trawieniu osłabione, a może zupełnie wyrównane. Zresztą podług niektórych badaczy zanadto długie trawienie (24—40) godzin jest choćby tylko z tego względu niepotrzebne, że istoty białkowe nigdy tak długo nie pozostają w żołądku; a jeśli w kiszkach cienkich podlegają trawieniu, dzieje się to w warunkach niemających nic wspólnego z naszemi doświadczeniami. Oprócz tego mogą przy zanadto długiém działaniu sztucznego soku żołądkowego zjawić się oprócz peptonów i dalsze jeszcze produkty rozkładowe (leucyna, tyrozyna itd.), co zresztą podług innych badaczy możliwém jest tylko przy współudziale mikroorganizmów.

Proces trawienia przerywaliśmy za pomocą zobojętniania kwasu i zagotowania cieczy. Do zobojętniania używaliśmy 4% NaHO. Znając stężenie ługu sodowego i oznaczywszy dokładnie ilość HCl można było wszystkie porcyje, choćby ich było kilka, zobojętnić w ciągu 2—3 minut, przyczém przyjęliśmy zasadę, zobojętniać porcyje w miarę powiększania się nierozpuszczonéj pozostałości; gdyby się więc miała okazać choćby najmniejsza różnica w jednoczesném przerywaniu procesu, w takim razie mogłaby ona wypaść tylko na niekorzyść czynnika hamującego. Zresztą większą część doświadczeń naszych robiliśmy parami, tak że przy każdéj porcyi mieliśmy do porównania porcyję kontrolową. Neutralizacyję doprowadzano do obojętnéj, albo nawet słabo alkaliczné reakcyi, w obu razach jednak przez dodanie kwasu octowego znowu ją czyniono z lekka kwaśną. W ten sposób chcieliśmy usunąć możność przemienienia za pomocą gotowania z wolnym kwasem solnym pewnéj części białka w pepton. Jeśli we wszystkich przypadkach ku końcowi zobojętnienia ciecz stawała się mętną, albo zjawiał się osad (Syntonina, Mulder, Brücke), to ilość osadu w rozmaitych porcyjach była bardzo niestałą i wahania te stały w odwrotnym stosunku do późniéj oznaczyć się mającéj ilości peptonu.

Zaraz po zobojętnianiu ogrzewano kolby na wolnym płomieniu i po zagotowaniu ochładzano do zwykłéj temperatury pokojowéj. Potém każdą porcyję za pomocą dolewania wody doprowadzano do objętości 600 cm. sz, filtrowano i z przejrzystych, po większéj części bezbarwnych zupełnie przesączów odmierzano po 500 cm. sz., które zgęszczano najpierw na wolnym płomieniu, następnie na łaźni wodnéj do objętości niżéj 100 cm. sz. W celu usunięcia znajdującego się jeszcze przypadkowo w rozczynie białka, dodawano do gorącego jeszcze płynu cokolwiek kwasu octowego i od zobojętniania pochodzącą zawartość soli kuchennéj powiększano za pomocą dodania stężonego rozczynu tejże soli aż do 3—3.5%.

Ponieważ oprócz otrzymanéj przez zobojętnianie zawartości soli kuchennéj dodawaliśmy takową albo inne podobnie działające sole do płynu, ażeby badać wpływ tych soli na przebieg trawienia, przeto uwzględnialiśmy to i odpowiednio do potrzeby zmniejszaliśmy albo zaniechaliśmy zupełnie dodania stężonego rozczynu soli kuchennéj. Przy tych doświadczeniach naturalnie, gdzieśmy dodawali 5—10% soli kuchennéj, musieliśmy przy oznaczaniu peptonu otrzymać mniejsze cokolwiek liczby, gdyż przy znacznéj zawartości soli pewna mała część hemialbumozy (Kühne) musiała koniecznie zostać strąconą. Osad, który wówczas powstawał, był zresztą tak nieznaczny, że objętość jego śmiało uważać można było za równą zeru; ciecz wraz z osadem reduko-

waliśmy potém w kolbce kalibrowanéj do 100cm.sz, wstrząsali, a po przesączeniu przez podwójny sączek otrzymaliśmy przeźroczysty płyn barwy słomianéj, który nam służył do ilościowego oznaczenia ostatecznych produktów trawienia.

Polaryzacyja należy do metod, dających nam równie dokładne, jak wygodnie osiągnąć się dające oznaczenia ciał czynnych optycznie (Hoppe-Seyler: *Handbuch d. chem. Anal.*, 5 wyd., 1883, str. 24. Salkowski i Leube: *Die Lehre vom Harn*, 1882, str. 225). Należy jednak uczynić przytém zadosyć następującym wymaganiom: *a)* rozczyn powinien być zupełnie przejrzysty i czysty *b)* powinien być, o ile można, bezbarwnym, przyczém jednakże lekko żółtawa barwa niewielką stanowi przeszkodę, przeciwnie zaś rzecz się ma z czerwoną albo brunatną barwą, *c)* w płynie powinno się znajdować j e d n o tylko optycznie czynne ciało, a têm mniéj dwa, z którychby jedno skręcało na prawo, drugie na lewo, i nareszcie *d)* oznaczenie polaryzacyi odbywać się powinno przy możliwie jasnêm oświetleniu, które dla seryi porównać się mających doświadczeń powinno pozostać niezmiennêm. Mieliśmy do rozporządzenia dwa aparaty polaryzacyjne: Saccharimeter Soleil-Ventzkego i aparat półcieniowy Laurenta. Oba zostały przed użyciem starannie wypróbowane i ustawienie ruchomych części składowych aparatu (szczeliny świetlnéj, wybór kolorów w aparacie Seleil-Ventzkego etc.) pozostały te same przez cały czas trwania doświadczeń. Dla pierwszego aparatu mogliśmy używać zwykłego białego światła gazowego, drugi zaś wymagał zastosowania żółtego światła sodowego, otrzymanego przez spalenie czystéj soli kuchennéj w płomieniu silnego płomienia Bunsenowskiego. Woleliśmy używać aparatu Laurenta, a ponieważ dawniéj już, kiedy nie mieliśmy jeszcze do rozporządzenia aparatu Laurenta, wykonano wielki szereg doświadczeń, przeto i dawniejsze doświadczenia powtórzyliśmy z aparatem półcieniowym, przyczém zresztą mieliśmy sposobność stwierdzania dokładności dawniejszych oznaczeń. Odpowiednio do tego doświadczenia nasze dzielą się na dwie grupy: przy oznaczeniach pierwszego szeregu podziałki skali podane są w liczbach całych i dziesiętnych, w drugiéj zaś grupie wyrażone są w stopniach i minutach. W pierwszym przypadku obliczenia wykonane zostały podług formułki $p = \pm 53.1^\circ \frac{\alpha}{(\alpha) j. l.}$ przyczém p oznacza ciężar stały w gramach dla 100 cm. sz. rozczynu; liczba 53.1° przedstawia współczynnik skręcania dla cukru gronowego, do oznaczeń którego aparat jest urządzony; α = liczbie podziałek skali i noniusa, która przy oznaczeniu cukru wskazuje bezpośrednio % i ‰; $(\alpha) j$ jest współczynnikiem skręcania naszego oznaczyć się mającego ciała, nakoniec l oznacza długość tuby polaryzacyjnéj, która w naszych doświadczeniach wynosiła zawsze 10 cm. a więc była = 1 i jako taka pozostaje nieuwzględnioną. Przypuśćmy że dla skręcania naszéj cieczy na lewo odczytaliśmy na skali 2.7; jeśli, jak spodziewamy się niżéj dowieść, dla ciał naszych $(\alpha)_j = 66.3^\circ$, w takim razie obliczenie w następujący sposób wykonaném być winno: $p = - 53.1^\circ \frac{2.7}{66.3}$; z tego $p = - 2.16\%$.

Przy aparacie Laurenta mieliśmy do czynienia ze stopniami i minutami; poszukiwaną liczbę otrzymywaliśmy, wyrażając w formułce $p = \pm \frac{\alpha}{(\alpha) D l}$ minut w dziesiętnych stopnia. Jeśli np. skręcanie na lewo = 2°45', w takim razie $p = - \frac{2.75^\circ}{66.3}$ czyli $p = 0.0414$ gm. w 1 cm. sz. cieczy czyli 4.14%.

Dla każdego oznaczenia robiliśmy 8—10 odczytywań ze skali i ze zbliżonych do siebie liczb braliśmy średnią; Hoppe-Seyler (l. c. str. 42.) powiada, że przy dobrych aparatach błąd obserwacyi wynosić może mniéj aniżeli 0.1°; dokładność naszego aparatu była w rzeczy saméj tak wielką, że zwykle otrzymywaliśmy tylko 1—2, rzadko bardzo 3 minuty wynoszące wahania, co tylko $1/_{60}$ do $1/_{20}$ jednego stopnia wynosi. Przy aparacie Soleil-Ventzkego otrzymywaliśmy różnice ± 0.1 wynoszące.

Teraz wyłuszczymy powody, które nas skłoniły do zastosowania do naszych doświadczeń metody polaryzacyjnéj. Wielu badaczy próbowało, jak wiadomo, ilość peptonu oznaczyć drogą kolorymetryi; tą metodą posługiwali się już D r o z d o w *(Resorption d. Peptone d. Rohrzuckers, d. Indigoschwefelsäure vom Darmcanale aus u. ihr Nachweis im Blute der Vena Portae. Zeitschrift f. physiol. Chemie. tom I 1877.)* (lecz tylko do przybliżonego oznaczania peptonu), S c h m i d t-M ü h l h e i m *(Beiträge zur Kenntniss d. Peptons u. seiner physiol. Bedeutung. Du Bois-Reymond's Archiv f. Physiol. 1880, phys. Abth.* str. 33), H o f m e i s t e r *(Zur Lehre v. Pepton III. Ueber d. Schicksal d. Peptons im Blute, Zeitschrift f. phys. Chemie,* tom V. 1881, str. 127), P o e h l *(Ueber d. Vorkommen u. Bildung d. Peptons ausserhalb d. Verdauungsapparates, Ptbg.* 1882, str. 33) i inni; okazało się jednakże, że metoda ta — zasadzająca się na odróżnianiu delikatnych odcieni kolorów reakcyi Biureta — wymaga wielkiéj indywidualnéj wrażliwości na kolory i z tego powodu jest w najwyższym stopniu subjektywną; S c h m i d t-M ü h l h e i m podaje sam, że granica błędu waha się pomiędzy 6.09% a 0.6%, liczby, które dla naszych doświadczeń przynajmniéj były bardzo znaczne, gdyż z powodów wyżéj przytoczonych przerywaliśmy proces trawienia po 4—6 godzinach, a więc nie mogliśmy też otrzymać wielkich ilości peptonu. (C. d. n.)

IV. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Inne grupy chorobowe z wyjątkiem chyba jeszcze tęczówki (4·9%) przedstawiają w porównaniu z cierpieniami wyżéj wymienionemi odsetkę bardzo małą. Niezwykłą częstością uderza w powyższym wykazie jaskra. Podczas bowiem gdy odsetka tego cierpienia w sprawozdaniach z innych zakładów wynosi zazwyczaj 1%, lub mało co więcéj, stanowi jaskra u nas 2% z górą. Że zaś ta wysoka odsetka nie jest dziełem przypadku, odgrywającego tak wielką rolę w wykazach, nieobejmujących bardzo wielkich liczb chorych, za têm przemawia sprawozdanie Dra. Machka z poprzednich lat sześciu, wykazujące również niezwykle wysoką (1·91%), a prawie równą odsetkę.

Podział chorób według płci:

	M.	K.
1). *Conjunctiva*	18·77 .	13·95
2) *Cornea*	12·0 .	10·54
3). *Sclera*	0·52 .	0·25
4). a). *Iris*	2·88 .	2·03
b). *Chorioidea et corpus ciliare*	1·75 .	1·23
5). *Glaucoma*	0·78 .	1·12

6).	*Retina et n. opticus* . . .	2·88 .	1.23
7).	*Lens*	5·31 .	4·84
8).	*Corpus vitreum*	0·74 .	0·14
9).	*Bulbus*	1·32 .	0·76
10).	*Refractio*	3·10 .	1·48
11).	*Accomodatio*	0·18 .	0·19
12).	*Musculi et nervi*	0·69	0.56
13).	*Org. lacrymalia*	0·45 .	1·23
14).	*Orbita*	0·09	0·07
15).	*Palpebrae*	4·57	4·06
	razem	56·03 .	43·68%

Ilość chorób przydarzająca się u mężczyzn jest więc w całości o 12·35% większa niż u kobiet; w sprawozdaniu z ostatnich sześciu lat wynosiła różnica 14·2%. Uwzględniwszy pojedyńcze pozycje, spostrzegamy wszędzie wyższą odsetkę u mężczyzn, jedyną wybitną przewagę okazuje płeć żeńska tylko w cierpieniach narządu łzowego i w jaskrze, przewyższając w pierwszym razie mężczyzn o 0·78%, w drugim o 0·34%.

II.

Operacyje.

	1883	1884	Razem z 2 lat
1) Ilość operacyj wykonanych na soczewce .	62 .	84 .	146
Wydobycie soczewki spos. lin. obwod. Graefego	52 .	74 .	126
" " " linijowym dawnym	4 .	. 6 .	. 10
" " " Wenzla . . .	— .	. 2 .	. 2
Rozcięcie torebki *(Disscissio)*	6 .	— .	. 6
Rozcięcie zaćmy wtórorzędnéj	— .	. 1 .	. 1
Przyspieszenie dojrzałości (Förster)	— .	1 .	. 1
2) Ilość operacyj wykonanych na tęczówce	68	100 .	168
Irydektomija z powodu jaskry	19 .	24 .	. 43
" z innych przyczyn	47 .	71 .	118
Irydotomija	1 .	. 5 .	. 6
Odcięcie wypadniętéj tęczówki	1 .	— .	. 1
3) Ilość operacyj wykonanych na rogówce	7 .	14 .	. 21
Rozpłatanie rogówki (Saemisch)	4 .	. 4 .	. 8
Operacyja garbiaka całkowit. metodą Weckera	3 .	. 5 .	. 8
Wydobycie większych ciał obcych z rogówki	— .	. 2 .	. 2
Tatuowanie blizny rogówkowéj	— .	. 3 .	. 3
4) Ilość operacyj wykonanych na powiekach	8	. 7 .	. 15
Operacyja podwinięcia rzęs (Jaesche-Arlt) .	2 .	— .	. 2
Operacyja podwinięcia powiek	3 .	. 6 .	. 9
Kantoplastyka	— .	. 1 .	. 1
Operac. naczyniaka pow. górnéj przez podwiąz.	1	— .	. 1
Wycięcie rakowca powieki	2 .	— .	. 2
5) Ilość operacyj na spojówce	2 .	3 .	. 5
Operacyja symblepharon	2 .	— .	. 2
Operacyja skrzydlika (Arlt)	— .	2 .	. 2
Wyłuszczenie włókniaka podspojówkowego	— .	. 1 .	. 1
6) Ilość oper. na mięśniach ocznych . . .	1 .	. 8 .	. 9
7) " " " narządzie odprowadz. łzy	40 .	55 .	. 95
8) Wyłuszcz. gał. ocz. (*Enucleat. aut Exenterat.*)	7 .	9 .	. 16
Ogółem wykonano operacyj większych	195 .	280 .	475

Ogółem wykonano więc w przeciągu 2 lat 475 operacyj większych, a mianowicie 380 na chorych przyjętych do kliniki stałéj, 95 zaś w klinice ruchoméj. Pomniejszych operacyj, wykonanych w klinice ruchoméj, jak wyrywanie rzęs nieprawidłowo rosnących, wydalanie ciał obcych z worka spojówkowego lub rogówki, przecinanie gradowin (*chalazion*) itd. itd., których znaczną wykonano ilość, niniejszym wykazem objąć nie byłem w stanie, z braku bowiem czasu nie zaciągnięto często dokonanego rękoczynu w protokóle kliniki ruchoméj. Pragnąc zarazem niniejszém sprawozdaniem zwiększyć materyjał obserwacyjny z sześciu lat ostatnich, nie omieszkałem choć w krótkości przytoczyć kilku spostrzeżeń poczynionych w têm dwuleciu nad zaćmą i jaskrą, a zarazem podać wyniki ich leczenia.

A) Zaćma (*Catarracta*).

Ogólna ilość zaćm operowanych w ciągu dwulecia wynosi 141. Z tych wypada:

	1883	1884	Razem
1) Na zaćmy schyłkowe samorodne	45 .	64 .	109
2) " " " powikłane	2 .	10 .	. 12
3) Zaćmy następcze	11 .	. 9	20
Razem	58	83 .	141

1) Zaćmy schyłkowe samorodne.

Na ten rodzaj zaćm przypada mężczyzn 61 (56%), kobiet 48 (44%); chrześcijan było 96 (88%), starozakonnych 13 (12%).

Pod względem wieku zachodził następujący stosunek

	m.	k.	Razem
30—40 .	4 .	4 .	. 8
40—50 .	7 .	12 .	19
50—60 .	15 .	15 .	30
60—70 .	26 .	14 .	40
70—80 .	8 .	3 .	11
80—90 .	1	— .	. 1
Razem .	61 .	48 .	109

Największa zatêm liczba operowanych przypada na siódmy dziesiątek lat.

Nie zupełnie dojrzałą lecz bardzo bliską tego okresu zaćmę operowano tylko 2 razy, dojrzałą 42, przejrzałą zaś 65 razy; między ostatniemi było 21 ze zaćmioną wyraźnie torebką (*Catarracta capsulo - lenticularis*), 6 zaś z korą rozpłyniętą (*Catarracta Morgagniana*). Wszystkie te zaćmy operował prof. Dr. Rydel sposobem obwodowym linijowym Graefego, otwierając niezaćmioną przodkową torebkę własnym sposobem, polegającym, jak wiadomo, na têm, że pierwsze cięcie prowadzi się ostrym haczykiem lub cystotomem Graefego poziomo wzdłuż dolnego brzegu źrenicy, drugie od środka poprzedniego pionowo do góry, trzecie zaś znów poziomo wzdłuż górnego brzegu soczewki.

Przy operacyi zaćm przejrzałych z zaćmioną torebką wyrywano ostatnią, według możności, ostrym haczykiem lub szczypczykami Förstera, operując zaćmy Morgagniego robiono tylko górne - poziome cięcie w torebce. Sztuczną dojrzałość sposobem zaleconym w r. 1881 przez Förstera sprowadzono raz jeden z zupełnie pomyślnym wynikiem ostatecznym.

Na 109 ekstrakcyj sposobem Graefego przypada 81 (74·3%) ze zupełnie prawidłowym przebiegiem operacyi; w pozostałych 25 (25·69%) wystąpiły następujące zboczenia:

1) w 4 przypadkach pozostały znaczniejsze szczątki kory w źrenicy; w jednym z nich wykonano następnie rozdarcie zaćmy wtórorzędnej i osiągnięto dobrą bystrość wzroku; w dwóch szczątki kory uległszy powolnemu wessaniu, umożliwiły otrzymanie w jednym przypadku V $^{6}/_{36}$, w drugim zaś miernego wyniku co do wzroku; w czwartym zaś komplikująca *irydokyklitis* sprowadziła zamknięcie źrenicy, z wszelką jednak nadzieją przywrócenia wzroku przez operacyję powtórną.

2) W 2 przypadkach wydobyto soczewkę razem z to-

rebką szczypczykami Förstera; w jednym z powodu zaćmienia torebki, w drugim z powodu przepukliny ciałka szklanego; w obu z wynikiem pomyślnym.

3) W 7 przypadkach (6·42%) nastąpił upływ ciałka szklanego:

a) w 2 przypadkach przy wydobywaniu soczewki pętlą Webera wypłynęło następowo około $^1/_4$ części ciałka szklanego; jeden z nich zakończył się pomyślnie, w drugim musiano później wykonać irydektomiję z powodu podwyższenia ucisku śródocznego;

b) raz wypłynęło około $^1/_3$ części ciałka przed wprowadzeniem pętli; następnie przyszło do zarośnięcia źrenicy z zanikiem gałki ocznéj (T—1);

c) raz wypłynęło tylko kilka kropli ciałka szklanego przed użyciem pętli; wynik był pomyślnym;

d) 3 razy przy usiłowaniach wyrwania zaćmionej części torebki przodkowéj już po wydaleniu soczewki z oka, wypłynęło 2—3 kropli ciałka, bez następstw szkodliwych.

4) W 2 przypadkach z powodu za małego cięcia wystąpiła soczewka z oka z trudnością; w jednym z nich wynik był miernym (palce 6·6), w drugim ocalało tylko niepewne poczucie światła na 5·0 (T—1).

5) Silniejszy krwotok wydarzył się pięć razy:

2 razy z naczyń podspojówkowych z powodu wykłucia noża o 1 mm. daléj ku tyłowi niż zwykle, co jednak żadnych złych następstw nie pociągnęło za sobą.

3 razy powstał silny krwotok bezpośrednio po irydektomii, zniewalając raz do użycia pętli Webera bez wypływu ciałka — we wszystkich wynik był pomyślny.

6) Raz pozostał zdziergacz źrenicy w oku nie wycięty; powstały 2 źrenice bez następstw szkodliwych.

7) w 6 przypadkach powstało lekkie nadwichnięcie soczewki; trudności ztąd wynikające udało się 6 razy pokonać bez użycia pętli — rezultat był we wszystkich pomyślny.

Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowym u 52(48%) operowanych, u 57(52%) zaszły różne zboczenia od przebiegu prawidłowego. Z ostatnich wypada 33 na prawidłowo wykonaną operacyję, 24 na operacyję z przebiegiem nieprawidłowym. Najczęstsza (25 razy) była lekka *iritis adhaesiva*, ograniczająca się jedynie do wytworzenia kilku tylnych przyczepiu. Wrośnięcie jednego z brzegów sztucznéj szczeliny tęczówkowéj w bliznę wydarzyło się 13 razy; zabliźnienie nastąpiło zupełnie płasko. *Irido - kyklitis plastica* z następowém zamknięciem źrenicy (*occlusio pup.*) wydarzyła się 7 razy: w dwóch tylko z tychże utrzymały się warunki do przywrócenia wzroku przez wykonanie odpowiedniéj operacyi; w pozostałych pięciu wystąpił powolny zanik gałki ocznéj. Raz wystąpiło ostre ropne zapalenie jagodówki po zupełnie prawidłowéj operacyi (*Panophthalmitis*).

Krew wystąpiła do przodkowéj komórki trzeciego dnia po operacyi trzy razy, bez pęknięcia ranki; następstw szkodliwych nie było.

4 razy wydarzyło się pęknięcie ranki po operacyi [1 w $1^1/_2$ dnia, 1 w 2 dni, 2 razy w 4 dni], przyczém raz wystąpiła kropla ciałka szklanego pod spojówkę. Brzegi ranki zrosły się, z wrośnięciem jednak najczęściéj obu brzegów sztucznéj szczeliny tęczówkowéj.

Gojenie się ranki opóźniło się znacznie w 3 przypadkach. W 6-tym, 8-mym a raz nawet dopiero w 11 stym dniu po operacyi spostrzeżono pierwszy ślad komórki przodkowéj, bez szkodliwego wpływu na rezultat. Raz wystąpiło 14-go dnia po wykonanéj ekstrakcyi (z użyciem pętli Webera i odpływem ciałka) podwyższenie ucisku śródocznego; po wykonaniu irydektomii ucisk powrócił do prawidła; w siatkówce na obwodzie były liczne wynaczynionki; chora wystąpiła z kliniki z $^1/_6$ prawidłowéj bystrości wzroku. Jak w latach poprzednich tak i teraz starano się zawsze podczas i po operacyi za pomocą znanych środków antyseptycznych powstrzymać zakażenie rany. C. d. n.

V. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Oględzin żołądka dokonali ci sami pp. znawcy dnia następnego (15 maja) i podyktowali do protokółu co następuje:

Żołądek ten jest z obu stron sznurkami poobwiązany, wzdłuż krzywizny małéj rozcięty. Błona śluzowa jego jest od wpustu aż do odźwiernika jednostajnie bardzo silnie przekrwioną, krwawo czerwoną i rozpulchnioną, przy tém jednak zupełnie gładką, nigdzie nie okazującą wyżerków, zastrupienia lub t. p. Błona mięsna i surowicza są również mocno przekrwione, rozpulchnione, lekko surowiczo przesiąknięte, a zabarwienie otrzewny jest żywo szaro czerwone [1]). Błona śluzowa pokryta jest warstwą gęstawéj brunatnéj miazgi, która znajduje się i w słoju w ilości do 50 gr. i zdaje się być [2]) rozłożoną w hematynę krwią przesączoną ze ścian żołądka [3]). Miazga ta stanowi jedyną treść żołądka [4]).

---

[1]) W broszurze napisano: „Błona podśluzowa i mięsna rozpulchnione, surowiczo-krwawo przesiąknięte“.

[2]) W broszurze: „Warstwą gęstawej, czekoladowo-brunatnéj miazgi, podobnéj do krwi rozłożonéj w hematynę“.

[3]) Oddziaływanie treści żołądka nie podane; w ogóle zwracam uwagę na znaczną różnicę zachodzącą w opisie żołądka przez pierwszych i drugich znawców.

[4]) W broszurze dopiero prof. F. w przypisku powiada: „Dodajemy do tego uwagę, iż zmiany w żołądku były takie same, jak w górnych częściach kiszek, tylko, że w tych ostatnich stopniowo łagodniały, a nagle zupełnie ustawały, tak, iż poniżéj były kiszki zupełnie blade“. Zwróciliśmy atoli już wyżéj uwagę, że tego wszystkiego w aktach nie ma. — Daléj powiada autor broszury: „Po tych oględzinach znawcy sądowi oświadczyli natychmiast obecnym pp. Chemikom, iż stanowczo przyjmują otrucie, że najbardziéj prawdopodobnym jest sinek potasu lub kwas pruski, pomimo braku zapachu; możebne zaś są i nitrogliceryna, nitrobenzol itp.; zalecają też w ogóle poszukiwania za środkami, które krew z żołądka zdają się przeistaczać w hematynę, wykluczają zaś kwasy, ługi żrące, sole żrące, arszenik, fosfor itd“. Wprawdzie prof. F. odwołuje się do świadectwa pp. chemików i p. Sędziego, ale o tém wszystkiém w aktach nie ma wzmianki; natomiast Wydział lekarski wyczytał w aktach zarzut uczyniony pp. obducentom przez drugich pp. chemików, że znawcy ograniczyli się w ostatniém orzeczeniu do wyliczenia kilku trucizn a nie ułatwili im zadania przez wskazanie, które trucizny mogą wywołać skutki przy obdukcyjach spostrzegane“. Swoją drogą w obronie niniejszéj prof. F. popada w sprzeczność ze sobą samym. Twierdzi, że polecił chemikom w ogóle poszukiwanie za środkami, które krew z żołądka zdają się (dlaczego tylko zdają się?) przeistaczać w hematynę — a wyklucza kwa-

Orzeczenie: Z oględzin żołądka i górnych części jelit wynika niemal z całą pewnością, iż śmierć obdukowanéj p. M. nastąpiła w sposób gwałtowny, wskutek użycia istoty trującéj, która wywołała nadzwyczaj silne podrażnienie i przekrwienie błony śluzowéj żołądka i jelit a dostawszy się do krążenia krwi wywołała porażenie naczyń i serca, ostry obrzęk płuc i przekrwienie wszystkich wewnętrznych narządów. Wynika to ztąd, iż zmiany znalezione w żołądku są tego rodzaju, jak bywają tylko po otruciu, nigdy zaś w sposób samoistny do tego stopnia nie dochodzą; zmiany w innych narządach, jak w płucach, itd. powstały w ostatnich chwilach podczas konania, a obdukcyja zwłok nie wykazuje żadnéj innéj przyczyny, którąby mogła chorobę lub śmierć obdukowanéj wytłumaczyć. Również niewiarygodném jest, ażeby zmiany w żołądku powstały dopiero w skutek zakraplania nieprzytomnéj i konającéj osoby, gdyż w takim stanie trudno przypuścić, ażeby osoba chora mogła tyle płynu drażniącego połknąć do żołądka będąc już bezprzytomną, jakotéż dla tego, ponieważ właśnie zażycie tego środka okazuje się jako źródło i powód nagłéj choroby i śmierci. Bliższe szczegóły będą znawcy mogli podać dopiero po wyniku rozbioru chemicznego, **który wykaże istotę środka użytego trującego** [1]).

We dwa dni po wydaniu tego orzeczenia tymczasowego (d. 17 maja) pp. znawcy prof. Feigel i Dr. Gostyński zgłaszają się do p. Sędziego śledczego i proszą o udzielenie sobie kawałka mięśnia sercowego dla zbadania mikroskopowego a d. 18 maja Sędzia czyni zadosyć ich żądaniu [2]).

W 5 dni późniéj (d. 23 maja) zjawiają się znawcy ci sami w biurze Sędziego, zwracając kawałek m. sercowego, „ponieważ w skutek wykrycia trucizny przez chemików badanie jest zbytecznem“ [3]).

sy i ługi; a więc według prof. F. kwas siarkowy i solny, ług potasowy, sodowy i amonijak nie posiadają zdolności przeistaczania hemoglobiny (a nie krwi) w hematynę (w rozczynie kwaśnym a względnie alkalicznym), podczas gdy kwas pruski ma ją posiadać? Pytam się jednakże, czy zachodzi różnica zasadnicza między hematynami czarno, brunatno lub czerwono zabarwionemi, czyli innemi słowy, czy nasiąkanie tkanki hematyną nie jest zasadniczo tą samą sprawą w otruciu witryolejem, kw. solnym lub ługami, i czy ono ma miejsce także w otruciu kw. pruskim?

[1]) W broszurze ustęp ten ostatni opiewa całkiem inaczéj: „Dalsze wyjaśnienia zastrzegli sobie znawcy podać po zaznajomieniu się z wynikiem analizy chemicznéj, jakotéż ze szczegółami samego zajścia“. Koniec więc orzeczenia, który wymownie dowodzi, że pp. obducenci spodziewali się dopiero po rozbiorze chemicznym, iż on **wykaże istotę użytéj trucizny**, że zatém sami nie wiedzieli, z jaką trucizną mieli do czynienia, — jako obecnie szan. autorowi niewygodny, legł ofiarą obrony!

[2]) Tak jest w aktach i czy na podstawie tego faktu Wydział nie miał słuszności, przypuszczając, że znawcy musieli mieć wątpliwość, skoro w 2 dni po tak stanowczém przypuszczeniu jakiegoś otrucia, sami uznali za potrzebne jeszcze zbadanie m. sercowego? W broszurze prof. F. twierdzi, że tylko Dr. G. zażądał zachowania kawałka serca i że on sam ustąpił tylko życzeniu kolegi, nie przywięzując atoli do tego badania wielkiéj wagi. Ależ tego wszystkiego nie ma w aktach!

[3]) W broszurze prof. F. pisze natomiast: „Nigdzie zaś nie ma znowu wzmianki w aktach sądowych o tém, czyli znawcy uznali badanie serca za zbyteczne lub nie?“ Albo prof. F. nie miał aktów przed sobą, albo miał je; w pierwszym razie nie ma prawa zadania kłamu, a w ostatnim nie wiem, co sądzić o tém zaprzeczeniu. Protokół z d. 23 maja przezemnie cytowany czytałem nie tylko ja, ale i mój asystent, protokół ten odczytałem na posiedzeniu Wydziału, z protokółu tego własną ręką zrobiłem sobie wypis dosłowny, który mam przed sobą! A ponieważ chemicy pierwsi wykryli w trzewach p. M. arsen, miał Wydział najzupełniejsze prawo powtórzenia za aktami, że pp. obducenci „dowiedziawszy się o wykryciu przez chemików arsenu, uznali badanie mięśnia sercowego za zbyteczne“, a czy dalszy wniosek „godząc się tém samém na to, że śmierć M. nastąpiła w skutek otrucia arszenikiem“ (a nie arsenem, jak pisze prof. F.), nie wysnuwa się logicznie z premisy poprzedniéj?

D. 26 maja przedkładają pp. chemicy Drowie Schramm i Zarzycki orzeczenie swoje, podając, że nie wykryli w trzewach p. M. fosforu, kw. pruskiego, sinku potasu, alkaloidów; natomiast wykryli arsen, a załączając otrzymane lustra arsenowe i zapewniając, że posługiwali się odczynnikami czystemi, orzekają stanowczo, że nastąpiło otrucie arszenikowe.

Ale nagle zachodzi zmiana dekoracyi. D. 30 maja bowiem zgłasza się do Sądu chemik Dr. Schramm i odwołuje orzeczenie, wydane wspólnie z Drem Zarzyckim, ponieważ kwas solny użyty do badania zawierał dużo arsenu; podejrzywa zatém, że ktoś wrzucił do tego kwasu arszeniku białego w zamiarze karygodnym (w pracowni chemika!) i prosi o powierzenie trzew przechowanych, a do badania jeszcze nie użytych, do badania ponownego. Sąd czyni zadość téj prośbie i porucza ponowne badanie prof. chemii **Radziszewskiemu** i temuż docentowi Drowi Schrammowi.

D. 6 czerwca znawcy ci zdają sprawę na piśmie ze swego badania i orzekają, że w trzewach Roberty M. nie wykryli ani arsenu, ani jakichkolwiek innych trucizn mineralnych lub roślinnych.

Dnia następnego (7 czerwca) Drowie Schramm i Gostyński wywięzując się z poruczonego sobie przez Sąd badania 3 flaszeczek, których treścią cucono Robertę M., orzekają na piśmie, że jedna flaszeczka zawiera wyskok octowy z małą domieszką olejków eterycznych, druga mięszaninę wyskoku i eteru, a trzecia krople wawrzynośliwowe [1]).

Wreszcie d. 29 czerwca (według aktów, a 15 czerwca według broszury) pp. obducenci złożyli orzeczenie swoje, które opiewa jak następuje:

1) Obdukcyja zwłok zwłaszcza stan żołądka i górnych części jelit cienkich udowadniają stanowczo, iż śmierć śp. Roberty M. nastąpiła w skutek otrucia. Pominąwszy bowiem okoliczność, iż najsilniejsze zmiany chorobowe ograniczone są do żołądka i części przylegającéj jelita cienkiego, w którém zmiany opisane w żołądku są zrazu bardzo silnie wykształcone, potém nieco słabsze, wreszcie zaś zupełnie ustają, tak że niższa część kiszek cienkich i jelito grube są zupełnie prawidłowe,—co odpowiada miejscowemu działaniu przyczyny, które zmiany ta wywołała;—znawcy muszą podnieść, iż nie jest znaną choroba samoistna, któraby taki obraz, jak obecnie znaleziony w żołądku i części górnéj jelit cienkich, wywołać mogła, jedynie tylko w skutek użycia istoty trującéj mógł obraz taki powstać, otrucie zatém nie ulega żadnéj wątpliwości. Dowodzi tego nadto i przebieg ostatnich chwil śp. M., mianowicie okoliczność, iż osoba dotychczas zupełnie zdrowa [2]) nagle, nie długo po śniadaniu, do-

[1]) Prof. F. pisze o kroplach „adonisowych“ (str. 5, a powtórnie str. 31). Co to ma znaczyć? Znamy tylko korzeń i zioła adonisowe, o kroplach adonisowych nic nie wiemy.

[2]) W orzeczeniu niniejszém Roberta M. figuruje jako osoba zupełnie zdrowa dotychczas, a w broszurze autor przypuszcza, „że Roberta M. mogła używać digittalinę

znała dziwnego uczucia mdłości, wkrótce zaś potém upadła bezwładna, straciła przytomność i wśród ogólnych kurczów klonicznych, bezdechu, pienienia z ust zakończyła życie, obdukcyja zwłok zaś prócz owych niezwykłych zmian w żołądku i obrazu porażenia naczyń, nie wykazała żadnéj organicznéj choroby ustroju, któraby taki przebieg chorobowy i nagłe zejście śmiertelne mogła wytłumaczyć.

Orzeczeniu temu nie sprzeciwia się bynajmniéj ujemny wynik badania chemicznego części zwłok zachowanych i treści żołądka i jelit. Wiadomo bowiem, iż zdarzają się przypadki niewątpliwego otrucia rozmaitemi truciznami, podczas gdy badanie chemiczne części zwłok nie było przecież w stanie wykazać trucizny. Może to nastąpić mianowicie wtedy, jeżeli trucizna zostanie za życia jeszcze z ustroju wydzieloną, podczas gdy skutki jéj szkodliwe trwają dłużéj i powodują nawet śmierć,—lub téż, jeżeli środek trujący w ustroju bądź to już za życia, bądź téż i głównie po śmierci rozłożonym zostanie. Do takich trucizn należy np. kwas pruski, sinek potasu itd.

2) Jakiego rodzaju była w obecnym wypadku użyta trucizna, tego w obec ujemnego wyniku badania chemicznego stanowczo oznaczyć nie można. Wykluczyć można wszelkie trucizny żrące, jak kwasy i ługi żrące, jakotéż żrące sole mineralne, arszenik, fosfor, rtęć, ołów i gazy trujące. Natomiast największe prawdopodobieństwo przemawia za tém, że trucizną w obecnym przypadku był kwas pruski lub jeszcze bardziéj sinek potasu do pewnego stopnia rozłożony i nie świeży, który możebnie dlatego uległ w zwłokach chociaż świeżych zupełnemu rozkładowi i dla tego nie został badaniem chemiczném wykazany, częścią zaś działając w ustroju powoli, został za życia jeszcze z ustroju wydzielony.—Obok sinku potasu możebną trucizną mogła być i nitrogliceryna, nitrobenzol—daléj digittalina[1]) itp., lub też wreszcie i mięszanina podobnych istot, — czego jednak przy obecnym stanie rzeczy rozstrzygnąć stanowczo nie można,— jakotéż orzekać cokolwiek bliższego o ilości zadanéj, postaci, smaku itp. dotyczącego ciała,—dlaczego téż znawcy poprzestają obecnie na powyższém wyjaśnieniu[2]).

Dnia następnego (30 czerwca) Sąd wezwał lekarzy sądowych Drów Gostyńskiego i Lukasa (prof. Feigel, jak podaje, tymczasem wyjechał był) i zadał im następujące dwa pytania:

1) Czyli mikroskopijne badanie mięśnia sercowego mogłoby wykazać zmiany wskazujące na zwyrodnienie mięśnia sercowego, tłumaczące zaszłą śmierć śp. Roberty M. w sposób naturalny?

2) Czyli badanie mikroskopijne mięśnia sercowego, obecnie jeszcze przeprowadzone, mogłoby wykazać dodatnie rezultaty w kierunku powyżéj wskazanym?

Na to pp. znawcy odpowiedzieli:

„W obec tego, iż mięsień sercowy, a względnie część tegoż wkrótce po obdukcyi przechowany został w słoju napełnionym alkoholem, spodziewamy się z rozbioru mikroskopijnego dodatni otrzymać rezultat".

W skutek téj odpowiedzi Sąd powierzył im kawał m. sercowego do badania, a sprawozdanie ich opiewało:

z powodu ataków swych sercowych" (*ipsissima verba*). Czy osoba młoda, cierpiąca ataki sercowe, jest zupełnie zdrową?

[1]) Dlaczego szan. autor pisze konsekwentnie „digittalina", nie wiemy.

[2]) W broszurze swéj szan. autor dodaje tu motywa orzeczenia; do nich późniéj powrócimy.

Badanie mikroskopowe wykazało w kilkunastu preparatach: włókna (pęczki) mięsne o wyraźnych konturach, wyraźném poprzeczném prążkowaniu, bez wybitniejszych zmian stłuszczenia, tu i owdzie tylko jakby przyprószone błyszczącemi ziarnkami tłuszczowemi *(detritus)*; w całości jednak mięsień sercowy nie okazuje rozleglejszych zmian przeobrażenia tłuszczowego. Nadto wykazać można w niektórych preparatach obecność brunatnego drobnoziarnistego barwika, umieszczonego grupami w niektórych pęczkach mięsnych. Miejscami nawet wykazuje ściślejsze badanie wyraźne czworoboczne komórki charakterystyczne mięśniowe o wyraźném jądrze.

Orzeczenie. Z badania mikroskopijnego wynika, że mięsień sercowy śp. Roberty M. w ogóle ważniejszych zmian nie przedstawia, co najwięcéj nieznaczny ślad brunatnego zaniku barwikowego i to tylko miejscami *(atrophia fusca incipiens-braune Atrophie)*. — Wyżéj wykazane zmiany mięśnia sercowego pospolicie nie sprowadzają zaburzeń w zdrowiu, a życie przez nie wcale nie jest zagrożone. (C. d. n.)

VI. Oceny i sprawozdania.

Prof. Oertel (Monachijum): **Tereny lecznicze w zastosowaniu do zboczeń w krążeniu.** *(Ueber Terrain-Curorte zur Behandlung von Kranken mit Kreislaufs-Störungen)*. Lipsk, 1886.

Celem wprowadzenia w życie dyjetetyczno-mechanicznéj metody leczenia zboczeń w krążeniu, osłabienia mięśnia sercowego, niedostatecznéj kompensacyi, ogólnéj otyłości, stłuszczenia serca i utrudnionego krążenia krwi w płucach, powstają za inicyjatywą autora t. zw. tereny lecznicze. Znaczenie ich uzasadnia O. jak następuje:

Jakiebądź są podstawy anatomiczne wymienionych zboczeń, wspólném następstwem ich jest zawsze zniesienie równowagi hydrostatycznéj między ilością krwi żylnéj dopływającéj do serca a ilością krwi z serca do układu tętniczego odpływającéj. Zadaniem leczenia jest przywrócenie téj równowagi a osięgnąć je można tylko drogą fizyczno-mechaniczną, t. j. podwyższając siłę popędową serca a obniżając jego pracę. Zadaniu temu nie czynią całkiem zadość sposoby leczenia dotąd używane; spotęgowana praca mięśniowa, wpływ ciepła, łaźnie i inne zabiegi napotne, tudzież odpowiednia dyjeta mogą wprawdzie zmniejszyć pracę serca, to znów usunąć nagromadzony zasób tłuszczu, ale nie zdołają wzmocnić mięśnia sercowego ani spotęgować jego sprawności. Do tego konieczne są pewne swoiste warunki fizyczno mechaniczne. Mięsień sercowy nie różni się od innych mięśni ciała, aby go lepiéj odżywić i wzmocnić, należy starać się o dostateczny dowóz odpowiedniego dlań pożywienia, czynności jego podniecać, silne wzbudzać kurcze — trzeba go ćwiczyć. Jeden tylko jest sposób, za pomocą którego wywołać możemy przez czas dłuższy silne i częste skurcze serca, a tym jest wchodzenie pod górę, — oto właściwa i jedyna gimnastyka mięśnia sercowego. Prócz tego wchodzenie pod górę przyspiesza krążenie krwi w żyłach i prawém sercu, wzmaga dopływ krwi do płuc przez powiększenie wdechów i rozszerzenie klatki piersiowéj a przez kompensacyjne obniżenie napięcia naczyń ułatwia odpływ krwi do układu tętniczego. Stósownie do mniejszych lub większych zawad, jakie przedstawia wchodzenie pod górę, narząd ruchowy mniejszą lub większą musi odbywać pracę, oraz mniejsza lub większa ilość mięśni spółdziałać musi, aby ciało unosić i naprzód posuwać, przyczém praca mięśni, t. j. miara

ich skurczu zależeć musi od długości przebywanéj drogi, oraz od wysokości, do której ciało ma być uniesioném. Praca mięśniowa powiększa ilość spalonego tlenu, potęguje wymianę gazów w płucach, przyspiesza rozpad tłuszczu i istot tłuszczorodnych, wzmaga wydzielanie wody przez skórę i płuca. Z tego jednak nie wynika, jakoby chorzy w mowie będący dowolnie, według własnego widzimisię, mieli chodzić po górach; owszem jeżeli ten sposób leczenia ma przynieść rzeczywiste korzyści, musi się odbywać pod okiem i kierunkiem doświadczonego lekarza, który kontrolując codzienny dowóz i wydzielanie płynów, badając parcie tętnicze i jakość tętna, uwzględniając różne powikłania chorobowe — codziennie oznacza ściśle i przepisuje wskazaną ilość pracy, jaką chory wykonywać ma przez wchodzenie pod górę. Aby umożebnić dozowanie wskazanéj pracy mięśniowéj, należy drogi o pożądaném wzniesieniu podzielić na równe odstępy wedle czasu, w jakim je w zwykłych warunkach przebywamy, np. na odstępy $^1/_4$—$^1/_2$ godzinne. Co do wyniesienia rozróżnia autor 4 grupy dróg na terenach leczniczych: 1) drogi poziome z wzniesieniem nieprzechodzącém 9 na 100 metrów, 2) drogi z nieznaczném wzniesieniem — 18 na 100 metrów, 3) drogi ze znaczném wzniesieniem — 26 na 100 metrów, 4) drogi strome — 36 na 100 metrów. Jeżeli tereny lecznicze mają odpowiedzieć swemu zadaniu, koniecznem jest, aby miejsce na nie przeznaczyć się mające obfitowało w dobre drogi o rozmaitém wyniesieniu i długości, aby zasłonięte było od wiatrów i niepogody, wystawione zaś na działanie ciepła i światła słonecznego (dla łatwiejszego wywołania potów),— gdy wyniosłość samego terenu nad poziom morza jest rzeczą obojętną. Powietrze winno być obfite w tlen, suche i czyste.

Otóż leczenie terenowe polega na gimnastyce serca przez systematyczne i stopniowe pokonywanie przeszkód chodzenia pod górę. Przytém nie należy bynajmniéj obowiązywać chorego, aby w pewnym oznaczonym czasie przebywał przepisany sobie kawał drogi; to mu się pozostawia do woli a raczéj do zasobu sił jego. Chory powinien postępować powoli w górę, bez przerwy — dopóki może. U wielu już po 8—10—20 krokach występuje zadyszka i pożądane bicie serca (*Herzklopfen, dessen Hervorrufung ja auch beabsichtigt ist*, str. 46); w takim razie powinien chory stanąć oparłszy się na lasce i dolegliwości te przeczekać, poczém na nowo pod górę kroczyć. Odpoczywać siedzący nie wolno, bo przepona wparta przytém przez trzewa brzuszne do klatki piersiowéj potęguje zadyszkę. Dopiero po przebyciu długiéj drogi i znacznéj wysokości wolno dla spoczynku usiąść lub legnąć na $^1/_2$—1 godziny. Dla tego też drogi terenu leczniczego nie powinny być opatrzone ławkami. Nie dobrze również naprzemian to wchodzić pod górę, to z góry schodzić, ponieważ schodzenie wprost przeciwnie działa na serce, oddech i mięśnie niż wchodzenie; dopiero po wypoczynku i uspokojeniu się serca i oddechu należy schodzić z góry. Aby zapobiedz rychłemu występowaniu zadyszki, ma chory zachować pewien stosunek między oddechem a chodem, a to w ten sposób, żeby na jeden krok przypadał równocześnie wdech, na drugi wydech (przez to, jak sądzi autor, podczas wdechu tyle krwi dopływa do płuc, ile równocześnie dopływa jéj w skutek ruchu mięśniowego do prawego serca, natomiast tyle dopływa do płuc tlenu, ile go się równocześnie pali przez spotęgowany ruch mięśniowy); nareszcie wydech powinien odbywać się w dwóch odstępach, ponieważ wedle doświadczeń autora wydechem przerywanym więcéj wydalamy powietrza, przez co umożebnia się zarazem wdechanie większéj ilości świeżego powietrza, większy dowóz tlenu, a tém samém opóźnia występowanie zadyszki.

Tereny lecznicze są wskazane: U chorych z wadami zastawek sercowych po zupełném ustąpieniu zapalenia śródsierdzia, u których nie wytworzyła się jeszcze zupełna kompensacyja. Osłabienie serca, niedomoga mięśnia sercowego w skutek niedostatecznego odżywienia i wytwarzania krwi, niedokrewności, blednicy, po chorobach wyniszczających, durze, płonicy, błonicy. Osłabienie serca w suchotach płuc, niedomoga mięśnia sercowego skutkiem stłuszczenia i ogólnéj otyłości. Utrudnienie krążenia płucnego skutkiem ucisku na płuco w skrzywieniach stosu pacierzowego, krzywicy itp., choroba Basedowa, stany neurasteniczne powikłane zboczeniami w ogólném odżywieniu. U dzieci zołzowych i krzywiczych celem rozszerzenia klatki piersiowéj i powiększenia pojemności płuc itd. W celu zapobiegawczym u osób skłonnych do miażdżycy naczyń, aby podwyższyć napięcie tętnic, ułatwić prąd krwi tętniczéj i przez to przyspieszyć przemianę materyi w ścianach tętnic oraz zapobiedz powstawaniu złogów soli nieorganicznych. (NB. autor dowodzi powyżéj, że chodzenie pod górę obniża kompensacyjnie napięcie układu tętniczego).

Przeciwwskazane są przypadki daleko posuniętéj miażdżycy tętnic, tętniaki aorty i innych tętnic. (Dok. nast.)

M. Bresgen i P. Heymann: **Trzy przypadki zatrucia kokainem.**

Zdolność zatrucia się kokainem zależy w wysokim stopniu od indywidualności, i aby zatrucie do skutku przyszło, potrzeba, aby kokain do żołądka się dostał. Przy znieczulaniu miejscowém 10 do 20% roczynem *cocain. mur. solub.* (Merck) zauważył Bresgen dosyć często lekkie i przejściowe objawy zatrucia w formie lekkich dreszczy, bladości skóry i zawrotu głowy. Obok tego występują nudności, które atoli odnieść należy do znieczulenia błony śluzowéj gardziela, przyczém do właściwych wymiotów nigdy nie przychodzi. W dwóch szczególnie przypadkach miał Bresgen sposobność dokładnie obserwować przebieg zatrucia kokainem tém dokładniéj, że przedmiotem badania był on sam i jego żona. W przeciągu godziny wpuścił sobie autor w każdy otwór nosowy po 3 krople 20% roczynu wyskokowego kokainu, przyczém więc każda kropla zawierała 0·008 kokainu. U żony swéj zastósował w przeciągu krótszego czasu 4 krople, a więc 0·032 kokainu. Objawy zatrucia, które u żony autora wcześniéj wystąpiły aniżeli u niego samego, były następujące: uczucie zimna i dreszczu, stan osołomienia rozpoczynający się od wesołości z następną depresyją, nudności, wzrok osłupiały, zdolność myślenia bardzo ograniczona, mowa utrudniona, nawet wtedy, gdy nieprzyjemne uczucie w gardle ustąpiło a połykanie odbywało się gładko, bezsenność całą noc trwająca z wielkim niepokojem połączona, brak apetytu i wstręt do potraw, przytém chód chwiejny i niepewny. Wszystkie te objawy trwały u samego autora aż do dnia następnego, u żony jego nieco dłużéj.

Autor przypuszcza, że śród zapuszczania kokainu do nosa musiała pewna część jego dostać się wraz z wydzieliną do gardziela i żołądka i tam być wessaną. Dla tego też w praktyce poleca B. uważać na to, aby chorzy ślinę wypluwali a nie połykali jéj. Lepszém jest także, zdaniem B. zwilżanie błony śluzowéj maleńkim tamponikiem watowym w roczynie umaczanym, aniżeli zakraplanie roczynem kokainu.

Równocześnie z powyższemi dwoma przypadkami podaje Heymann następujący przypadek. U chłopca 9½ lat liczącego, zastósował autor w celu wykonania operacyi w krtani 5 gr. 20% rozcz. tj. 1 gr. kokainu. Wkrótce potém chory skarżył się na nudności i zawrót głowy. Przy końcu operacyi, która krótki czas trwała, chory zaczął chwiać się na krześle a przez następne 5 godzin przeleżał na sofie w stanie następującym: Usposobienie apatyczne i senne, na pytania odpowiadał jasno i rozsądnie lecz ociężale, chodził ale tylko prowadzony i to z trudnością, przyczém chód był chwiejny i niepewny, głodu nie okazywał zupełnie, bólu nie doznawał chory żadnego, tęczówki nierozszerzone oddziaływają na światło, czytać mógł chory swobodnie, rogówka na dotknięcie czuła, znieczulenie gardziela po 2 godzinach ustąpiło zupełnie, tętno w liczbie 100 na minutę, oddechów 30, ciepłota 38·2. Zresztą akcyja serca i płuc spokojna. Stan ten trwał przez 5 godzin, przyczém atoli trudność w chodzie pozostała nieco dłużéj. Na drugi dzień następstwa zatrucia ustąpiły zupełnie, apetyt powrócił, chory był tylko nieco blady. We wszystkich tych trzech przypadkach, zwidywań, napadów szałowych, pobudzonych odruchów i drzenia mięśniowego, o czém Schmidt, Rank i Obersteiner w swoich przypadkach wspominają, nie zauważono. *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 46, 1885). *Dr. Momidłowski.*

Prof. Mosetig. **Miejscowo-lecznicze znaczenie kwasu mlekowego.**

Prof. M. poleca kwas mlekowy, jako dobry środek żrący dla patologicznych tkanek, z tą jednak różnicą od innych środków żrących, że kwas mlekowy oszczędza zdrowe tkanki. Działanie kwasu mlekowego objaśnia M. tém, że zdrowe tkaniny posiadają większą odporność niż patologiczne i dla tego zdrowe nie ulegają działaniu kwasu mlekowego.

Prof. M. stosował go na gębczaste wybujałości i na tkaniny wilkiem zajęte, przyczém tylko tkanki chore zostały niszczone. Twierdzi nawet, że daleko lepiéj działa niż ostra łyżeczka w próchnieniu kości, a w naciekach rakowych w kościach niszczy tylko patologiczne tkanki nie naruszając zdrowych, a zabliźnianie odbywa się dobrze i prędko. Leczenie jednak wymaga dłuższego czasu, a przedewszystkiém cierpliwości ze strony chorego i lekarza. Stosować można kwas albo powierzchownie albo też podskórnie. Jeżeli potrzeba użycia wprost na powierzchnię jakiegoś wrzodu, najlepiej zastosować czysty kwas mlekowy *in substantia*. Macza się więc płatki lub czystą watę w kwasie mlekowym i wycisnąwszy nieco przykłada się wprost na wrzód, poczém przykrywa się ceratką, żeby okład taki nie wysechał. Można też używać mięszaniny z jednéj części kwasu mlekowego, a utworzoną pastę rozcierać na ceracie i przykładać na wrzód. Jeżeli sąsiednia skóra zupełnie jest zdrową, to nawet można jéj nie ochraniać, w przeciwnym razie wciera się w otoczenie jakiś obojętny tłuszcz lub kolodyjon. Zwykle leży kwas mlekowy na wrzodzie przez 24 godzin, poczém należy zmyć i przeczekać najlepiéj dni kilka, aż strupek zupełnie odejdzie. Ból przy takiém zastosowaniu jest znaczny i dopóki trwa ból, dopóty kwas mlekowy działa, tak że po ustaniu bólu można nawet cały okład usunąć. Do wstrzykiwań podskórnych używał rozczynu 50—70% w wodzie, z czego na raz można ½ do 1 grm. wstrzyknąć. Jeżeli ognisko wrzodziejące jest znaczne, można 2 i 3 sprycek Pravaza na jednêm posiedzeniu wstrzyknąć. *(Wien. med. Wochenschr. 1885 Nr. 48). Dr. J. Surzycki.*

Wiadomosci pomniejsze.

Ω. Dr. Herrgott potwierdza spostrzeżenia Unny i Weissenberga, **że 4% rozczyn kokainu** nietylko zmniejsza **dolegliwość brodawek sutkowych u kobiet karmiących,** ale i wpływa nader korzystnie na szybkie zabliźnianie się rozpadlin, i zapobiega tworzeniu się większych owrzodzeń i ropni. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, str. 1602).

Ω. Schneider zaleca bardzo **podskórne wstrzykiwania salicylanu kokainu przeciw nerwicom nerwu troistego.** W przypadku przez siebie leczonym ani dwie dawki chininu, ani morfin i żelazo, ani elektryzowanie nie skutkowały i zaledwie ulgę sprowadzały (morfin). Dopiero codzienne wstrzykiwanie ośmiorazowe po 0·40 salicylanu kokainu i następnie elektryzowanie prądem stałym (anoda na punkt bolesny, katoda na kark) usunęły ciężki ten przypadek nerwicy. Autor bardzo zachęca do dalszych prób w leczeniu téj choroby, przeciw któréj dotychczasowa terapija bardzo jest jeszcze mało rozwinięta. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, Nr. 97).

Ω. Thomas J. Mays podaje, że **brucyna posiada własność miejscowego znieczulania.** 10% rozczyn brucyny usuwa prawie zupełnie piekący smak, jaki na języku wywołują korzenie. 5% rozczyn usuwa bolesność przy aftach, jakotéż ból zębów. 20% rozczyn w wysokim bardzo stopniu zmniejsza czucie skóry. Autor wcierał sobie w skórę ramienia olej krotniowy, a następnie pędzlował miejsce dotknięte 5% rozczynem brucyny. Ból palący ustępował za każdym razem *ad minimum.* Używano także brucyny ze znakomitym skutkiem przeciw bólowi, wywołanemu za długiém pozostawieniem synapizmów. Również brucyna okazała się bardzo skuteczną w dwóch przypadkach *Pruritus vulvae.* Autor zachęca do dalszych doświadczeń w tym kierunku. (*Annales méd. chirurg.*, 1885, Nr. 9).

Ω. **Przeciw Psoriasis** poleca Elliot:

Rp. Acidi pyrogallici 6,0—8,0
Acidi salicylici 2,0
Collodii elastici 60,0

Rozczynem tym pokrywa się dwa razy dziennie miejsca dotknięte, po zmyciu ich poprzedniém *c. sapone viridi. (The med. Record* 21 listopada 1885).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

VI zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 2 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 16.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1)

4. Kol. Kniaziołucki streszcza zapatrywania Biederta i Fleischmanna o karmieniu noworodków.

W dyskusyi kol. Merczyński zapytuje prelegenta, czy moralne wstrząśnienia matki wpływają na zmianę i wydzielanie mleka, czytał bowiem już niejednokrotnie o takich przypadkach, gdzie w skutek moralnych wstrząśnień karmiących matek dzieci potém dostawały rożnych chorób, drgawek a nawet umierały. Daléj pyta kol. M., czy leki zażywane przez matkę karmiącą przechodzą do mleka, wreszcie zauważa kol. M., że aczkolwiek prelegent przytoczył, iż mleko oddziaływające kwaśno nie powinno być podawane i aczkolwiek zgadza się pod tym względem z prelegentem, to przecież sam, założywszy przed paru laty w Snopkowie mleczarnię według wszelkich przepisów higijenicznych, przekonał się, że mimo to mleko prosto od krowy, t. j. tuż po wydojeniu, już oddziaływało kwaśno, i że mimo to podawane dzieciom za pokarm nie szkodziło im i zostało strawione. Prelegent przy-

znaje także, że czytał opisy przypadków przez kol. M. wspomnianych, nie sądzi jednak mimo to, aby istotnie moralne wstrząśnienia matek karmiących tak szkodliwy wpływ na mleko wywierały jak opisują. Na poparcie swego zdania przytacza, że dzieci sztucznie karmione przecież nieraz umierają nie wiedzieć z jakiego powodu, bo za życia wybadać nic nie można, a co gorsza, że i przy sekcyi nie można w takich przypadkach wynaleźć przyczyny. Co do leków zażywanych przez matkę karmiącą stwierdzono, że np. piołun, chinin, jod itp. istotnie przechodzą do mleka. Kol. Seifman przeciwnego jest zdania od prelegenta co do wpływów nerwowych na wydzielanie ilości i jakości mleka, przytacza fakt ogólnie znany, że krowy np. po złém obchodzeniu się z niemi dają mniéj mleka, a i jakość takowego musi być zmieniona, choć tego jeszcze dziś chemicznie i mikroskopowo stwierdzić nie jesteśmy w stanie, a to przecież chyba tylko od wpływu systemu nerwowego zależeć musi. Kol. Przewodniczący nadmienia również, że np. piętnowanie, to jest wypalanie piętna na pośladku krów, wpływało tak szkodliwie na wydzielanie mleka, że w skutek ogólnéj prośby właścicieli widział się Rząd spowodowanym zmienić sposób piętnowania i dziś wypala się piętno na rogach; nie można więc zaprzeczyć wpływu wstrząśnień moralnych itp. na wydzielenie mleka. — Kol. Ziembicki dodaje jeszcze, że krowy są nader wrażliwe, tak dalece, że lada okoliczność, jak np. wyniesienie nawozu ze stajni, drażni krowy tak, że o $^1/_5$ część zmniejsza się wydzielanie mleka; zapytuje równocześnie kolegów, czy nie znają środków wpływających na powiększenie ilości mleka u matek. Co do odłączania dzieci od piersi zgadza się najzupełniéj ze zdaniem prelegenta, smutném nauczony doświadczeniem, stracił bowiem jedno dziecię przez to, że w lecie zmienił pokarm matki na mleko krowie. Że mleko krowie oddziaływa kwaśno nieraz tuż po wydojeniu, wie kol. Z., ale papier lakmusowy nie wystarcza nieraz do stwierdzenia tegoż. Jako środek przeciw kwaszeniu się świeżego mleka podaje kol. Z. przegotowanie mleka, zdjęcie kożuszka, dodanie kwasu salicylowego lub dwuwęglanu sody. Po dodaniu kw. salicylowego kwaśnieje mleko po paru dniach, ale czasem nie ścina się. — Kol. Laskiewicz zwraca uwagę, że wstrząsy nerwowe wpływają w ogóle na wydzieliny, np. mocz po przestrachu wydzielony jest inny niż zwykły, daléj po przestrachu występuje np. biegunka, sądzi więc, że i wydzielenie mleka także musi po wstrząśnieniach uledz jakiéjś zmianie, badanie mleka jest jednak bardzo trudne, więc trudno wykazać zmiany. Kol. L. zapytuje prelegenta, czy sztuczne brodawki w obec ragad są dobre i jak się prelegent zapatruje na maltoleguminozę Liebiga. — Kol. Seifman obstaje przy swojém zdaniu, że na jakościowe własności mleka (jak wydzielin w ogóle) muszą wpływać wstrząśnienia nerwowe, bo mleko wtedy co do ilości nie zmniejsza się w skutek tamowania przewodów mlecznych itp., lecz w skutek wpływu nerwów naczynioruchowych gruczołów samych, pewną jest np. rzeczą i znaną ogólnie, że mleko wydzielone pod wpływem przestrachu l. t. p. prędko się warzy (ukwasza), a co do chemicznego wykazania owych zmian, powtarza kol. S. jeszcze, że histochemija mleka nie jest jeszcze dokładną, a mikroorganizmy, które teraz wszystko gmatwają, nie są może wszystkiego przyczyną, nie można im więc wszystkiego przypisywać. Kol. S. sądzi więc z naciskiem, że to nie musi być tak obojętną rzeczą, gdy matka się zmartwi i pierś dziecku potém poda, jak o tém prelegent sądzi. — Kol. Przewodniczący pyta prelegenta, czy mięso sproszkowane według przepisu Hoffmanna podawał dzieciom i jakie ma o tém zdanie. — Prelegent nie może o tém swego zdania oświadczyć, bo nie ma pod tym względem doświadczenia; wie jednak, że peptony szkodzą dzieciom i że w ogóle dzieciom potrzeba podawać mięso nader świeże. — Kol. Merczyński oświadcza, że poruszył umyślnie kwestyję o wpływach nerwowych na wydzielanie mleka, karmienie itd., bo wiadomą jest rzeczą, jak matki schlebiają zwykle mamkom swych dzieci, aby miały wygody wszelkie, nie martwiły się, nie gniewały; kol. M. nie sądzi jednak, aby się matki na takie zapatrywania zgodziły. Co do peptonów to kol. M. używał takowych jako pokarm dla dzieci, ale nie zauważył, aby szkodziły dzieciom nawet chorym, stolce tylko mocno cuchnęły. Kol. M. zapytuje prelegenta, jak się zapatruje na t. zw. Rahmgemenge Biederta, daléj jak powinny być żywione krowy dla mleka mającego służyć za pokarm dzieciom, wreszcie jak się prelegent zapatruje na chłodzenie mleka. — Prelegent oświadcza, że mięszanka śmietanki z wodą Biederta nie wydaje mu się być lepszą i pewniejszą od mleka świeżego, nie ma zresztą pod tym względem doświadczenia. Co do żywienia krów odpowiada, że najlepiéj w danym razie żywić paszą suchą. Co do chłodzenia wreszcie mleka oświadcza prelegent, że we Frankfurcie chłodzą mleko po przegotowaniu i takie nieraz lepsze jest dla dzieci niż ciepłe, bo wstrzymuje wymioty. Kol. Seifmann zapytuje jeszcze prelegenta, czy radzi podawać dzieciom mięso surowe, czy gotowane, czy smażone, bo i to nie powinno być rzeczą obojętną — Prelegent sądzi, że można dawać dzieciom i surowe i gotowane i smażone, na co kol. Seifmann ostrzega, że ze surowém mięsem trzeba być ostrożnym, aby nie nabawić dzieci tenii, a co do mleka zaleca ostrożność, aby nie dawać mleka od krów chorych na perlicę. — Prelegent odpowiada jeszcze kol. Laskiewiczowi, że maltoleguminoza mało się różni od mączki Nestlego, o któréj już była mowa, a sztuczne brodawki czasem są dobre, czasem zaś na nic się nie przydają. — Kol. Tatarczuch zapytuje w końcu, dla czego prelegent uważa używanie mamek za rzecz niemoralną ze względów etycznych, mamki bowiem oddają swoje dzieci najczęściéj na śmierć widoczną na koszt tych dzieci, do których za mamki zostają przyjęte. Dla matek zresztą samych dobrze jest, jeżeli karmią swoje dzieci, bo inwolucyja macicy rychléj następuje. *Dr. Wiktor.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,4. Z odry umarło 6 (5 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 3 (7 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 2 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 13—19 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 4, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 13., w Pradze 1, w Rzymie 2, w Wenecyi 14, w Zurychu 1, w Paryżu 2, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 8, w Hamburgu 7, w Paryżu 18, w Londynie 17, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Budapeszcie 21, w Królewcu 13, w Paryżu 16, w Londynie 58, w Liwerpolu 21. Z płonicy umarło w Hamburgu 9, w Londynie 10, w Petersburgu 22. Z błonicy umarło w Berlinie 36, w Wrocławiu 11, w Hamburgu 14, w Budapeszcie 12, w Paryżu 45, w Londynie 35. Z krztuśca umarło w Londynie 72.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; w Warszawie 24,0; w Budapeszcie 27,6; w Pradze 27,4; w Wiedniu 24,9; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Strasburgu 29,0; we Fryburgu 26,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Bazylei 17,4; w Brukseli 21,0; w Chrystyjanii 21,1; w Kopenhadze 24.1; w Londynie 22,0; w Odesie 33,2; w Paryżu 23,5; w Petersburgu 24,4; w Rzymie 24,7; w Stokholmie 20 3; w Wenecyi 35,9; w Zurychu 20,9. *J. K.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 stycznia. Późno nieco doszedł nas tym razem *Rocznik medycyny krajowéj* z kolei 8my, wydawany staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza, wiceprezesa Tow. lek. warsz. i b. redaktora *Medycyny*. Rocznik ten, jak wszystkie poprzednie, składa się z 2ch części: z przeglądu rocznego piśmiennictwa lekarskiego polskiego i z kalendarza. Część pierwsza, obfitsza aniżeli w roku przeszłym, na 340 stronicach mieści w sobie sprawozdanie z 252 prac ogłoszonych przez 151 autorów. Wszystkie te sprawozdania podzielone na 12 działów, a sprawozdawcami są: Jakowski (działu 1go), Dunin (2go i 3go), Mączewski (4go), Matlakowski i Szteyner (5go), Rogowicz (6go 10, 11 i 12go), Kamocki (7go), Zera (8go), Rybicki (9go). Ze sprawozdań tym razem przypada na prace drukowane w *Gazecie Lekarskiéj* 82, w *Przeglądzie Lekarskim* 67, w *Medycynie* 38, w Księdze jubileuszowéj Hoyera 31, w Księdze jubileuszowéj Szokalskiego 22, w *Pamiętniku*

Tow. lek. warsz. 9 itd. — Część 2ga, właściwy kalendarz lekarski, posiada te same zalety, co dawniejsze roczniki.

* P. Minister Oświecenia, powróciwszy niedawno z Gracu, udał się teraz do Pragi czeskiéj, celem poznania tamecznych zakładów. Zdaje się, że niezadługo przyjdzie kolej i na Kraków, a wtedy sprawa budowy klinik weszłaby może na właściwe tory.

* Wykład prof. Mikulicza, miany na Zjeździe w Magdeburgu, umieszczony w roku przeszłym w naszym tygodniku, pojawił się teraz w *Volkmanns Samml. klin. Vorträge* Nr. 262 p. t. *Über Laparotomie bei Magen- u. Darmperforation.*

* Kol. Obtułowicz prostuje doniesienie swoje o chorobie Dra Tarnawskiego: zapadł on na dur powrotny a nie wysypkowy.

* Prof. Schnitzler w Wiedniu obchodzi 25-letni jubileusz doktorski i redaktorski, a Dr. Tappeiner w Meranie 70te swoje urodziny.

* Prof. Albert w Wiedniu mianowany został członkiem Najwyższéj Rady sanitarnéj.

* Skład dolnoaustr. Rady sanitarnéj w Wiedniu: Referent spraw lek. Dr. Karajan, z ramienia Rządu: Dr. Innhauser, Dr. Kammerer, Dr. Lorinser, prof. Ludwig, prof. Oser i Dr. Witlačil: z ramienia Wydziału krajowego: dyrektor Dr. Gauster i docent Dr. Kratschmer; członkiem nadzw. jest weterynarz Dr. Werner.

* Prezes i zastępcy prezesa Towarzystwa lek. dolnoaustryjackich wręczyli d. 22 grudnia ministrowi Prażakowi petycyję tegoż Towarzystwa o rewizyję taryfy należytości za czynności sądowolekarskie, obowiązującéj od r. 1855.

* Wiadomo, że na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Kopenhadze w r. 1884 uchwalono, aby Zjazd następny odbył się w r. 1887 w Waszyngtonie w Ameryce Północnéj. Komitet złożony z 8 członków, pod przewodnictwem Dra Austina Flinta, otrzymał wówczas pełnomocnictwo do czynienia kroków przygotowawczych dla przyszłego Zjazdu. Tymczasem w Ameryce komitet ten, posądzony o postępowanie arbitralne, został zwalony, a wybrano nowy komitet z 38 członków pod przewodnictwem p. Beverley Cola z St. Francisco, któryto nowy komitet jeszcze nie uzyskał ogólnego uznania. Niesnaski te domowe narażają wielce na szwank powodzenie przyszłego Zjazdu.

* *St. Petersb. med. Woch.* donosi, że z lekarzy, którzy z Królestwa Polskiego pospieszyli na pole walki bułgarsko-serbskiéj Dr. Roman Oswald raniony został pod Śliwnicą tak ciężko, że musiał poddać się amputacyi podudzia.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Dr. Cyon b. profesor fizyjologii w Akademii wojskowo-lekarskiéj, obecnie bawiący w Paryżu, ma być powołany na ważną posadę do Ministerstwa Oświecenia. — **Charków.** Profesorem chemii lek. mianowany został Dr. Danilewski.

* **Wiedeń.** Prof. Weichselbaum wykładać będzie histologiję patologiczną i otrzyma odpowiedni zakład w szpitalu powszechnym. — Prymaryjuszem po Drze Heinie mianowany został Dr. Langer, a posadę jego w szpitalu Rudolfa obejmuje Dr. Redtenbacher. — Lekarz jeneralny Dr. Podrazky wyjechał do Serbii i Bułgaryi.

* **Budapeszt.** Minister Oświecenia Tréfort w porozumieniu z ministrem spraw wewn. wysyła lekarza węgierskiego do Paryża, celem zapoznania się ze sposobem Pasteura szczepienia wścieklizny. Pasteur oświadczył gotowość uczynienia zadosyć życzeniom ministra węgierskiego. Tenże minister postanowił mianować lekarzy szkolnych i profesorów higijeny w szkołach średnich. W tym celu w obydwóch uniwersytetach krajowych urządzone będą kursa dla kandydatów, którzy muszą poprzednio mieć dyplom doktorski.

* **Nekrologija.** W Wartenbergu umarł znany tameczny hydroterapeuta Dr. Schlechta-Sedmihorsky, w Monachijum lekarz jeneralny Dr. Besnard, a w Celowcu radzca rządowy i referent spraw lekarskich Dr. Fradeneck, wszyscy trzej w wieku sędziwym.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Mikulicza: Przyczynek do operacyi wola; Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia. — W *Zdrowiu* Nr. 4: Domy dla robotników; Lutostańskiego: Zdrowie i choroba (dok.): Zwolennicy i przeciwnicy szczepienia (dok.); Wyniki badania składu wody studzien miejskich oraz Wisły w Warszawie (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 1: Dobrzyckiego: Przyrząd do przepłókiwania żołądka, konstrukcyi K. Berenta.

Redakcyja otrzymała:

J. Z. GOPADZE: Wlijanie massaża na azotistii obmien i uswoenie azotistych czastei piszczi. (Z kliniki prof. Manasseïna w Petersburgu, odbitka z „Wracza", Nr. 44), in 8vo str. 13.

Piśmiennictwo lekarskie. GAŁĘZOWSKI X. Des cataractes et de leur traitement. 1 fasc. 8 Paris, Alcan. Fr. 3½.

GALLARD T. Leçons clin. sur la menstruation et ses troubles. Av. 37 fig. 8 Paris, Baillière et fils. Fr. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 13go b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém odczytane będzie sprawozdanie ze stanu Towarzystwa i całorocznych jego czynności.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 16 stycznia 1886. № 3. Rok XXV.

I. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.
(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

Dyfteryja, to niemal sfinksowa czasów naszych zagadka, dotąd jeszcze pod wielu względami nierozwikłana, zwłaszcza zaś pod względem etyjologicznym i patogenetycznym. Mimo bowiem pięknéj pracy doświadczalnéj Heubnera (*Experimentelle Diphtherie. Preisschrift von Heubner.* Lipsk, 1883) wyjaśniającéj nam wiele szczegółów sprawy chorobowéj, dyfteryją nazwanéj, mimo wykrycia przez Klebsa (*Realencyclopädie der gesammten Heilkunde* 4 t. str. 158, i *Verhandlungen des Congresses für innere Medicin.* Wiesbaden, 1883), Loefflera (*Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte* 2 t.) i innych badaczy, mikroorganizmów w tkaninach przez tę chorobę zajętych, nie doszliśmy jeszcze tak daleko, abyśmy stanowczo wykryli źródło i sposób powstawania choroby, a nawet, pomimo olbrzymich zdobyczy poczynionych, szczególnie na polu bakteryjologii, w czasach ostatnich, nie udało się z całą pewnością wykryć charakterystycznéj formy grzybków, któreby były niejako motorami dyfteryi i przez sztuczną hodowlę dały się tak rozmnożyć, że zastrzyknięte następnie organizmom zwierzęcym odtworzyćby zdołały znów całkowity obraz dyfteryi. Ztądto pochodzi zamęt w pojęciach naukowych o tém cierpieniu, co się fatalnie również odbija w codziennéj praktyce i terapii złowrogiéj i zakaźnéj téj choroby, tak że kiedy jedni lekarze cały nacisk kładą na leczenie miejscowe i wytworów chorobowych ani na chwilę nie spuszczają z oka, drudzy o cierpienie zlokalizowane bardzo mało się troszczą i radzą tylko używania środków ogólnie działających, a przedewszystkiém krzepiących organizm chorobą dyfterytyczną dotknięty (Patrz Dziennik IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, str. 69).

Rozprawka przeto moja, w któréj streszczam dzisiejsze poglądy naukowe na dyfteryję i dołączam zapatrywania własne, oparte na codziennném doświadczeniu, będzie zapewnie na czasie, przyczyni się może do wyjaśnienia niektórych spornych kwestyj, a przez to, jak się spodziewam, ożywi i interes naukowy. Nie zapowiadam jednak żadnych wyników jakiejkolwiek pracy doświadczalnéj, bo w mym zawodzie z powodu braku czasu jestto rzeczą niepodobną, nie przyobiecuję również jakichś nadzwyczajnych nowych środków leczniczych, niechybnych pod względem świetnéj skuteczności, bo smutne doświadczenie pouczyło mnie niestety niejednokrotnie, że w obec ciężkich, zwłaszcza zaś zgorzelinowych form, błonicy, dotąd jesteśmy, a może i pozostaniemy, bezsilnymi, tak jak to w obec złośliwych form wielu innych chorób zakaźnych częstokroć się przytrafia.

Zanim przystąpię do omówienia pojedyczych warunków, wśród których pojawia się błonica, jakotéż do ścisłego naukowego określenia istoty téj choroby, niech mi wolno będzie rzucić okiem na przeszłość historyczną dyfteryi, na chwilę, w któréj po raz pierwszy wyłoniła się nazwa téj choroby, a to tém bardziéj, że wyjaśnienie to przyczyni się do lepszego zrozumienia rzeczy nawet dla kół ściśle lekarskich.

Zdaniem pierwszych powag w świecie naukowym lekarskim (Dr. J. Oertel: *Die epidemische Diphtherie* w *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie herausg. von Dr. H. v. Ziemssen,* 2 t., 1 z., str. 563) błonica jest tak niemal starą jak świat, a przynajmniéj należy do najstarszych chorób epidemicznych, zdawna grożących zagładą rodowi ludzkiemu. Pod nazwą „zarazy egipskiéj“ *Malum aegyptiacum* znano już dyfteryję w odległéj starożytności, a Bretonneau udowadnia, że pod tą nazwą znali dyfteryję już Homer i Hipokrates, zalecając miód z siarkanem miedzi, jako środek w chorobie téj dziwnie skuteczny (*unguentum aegyptiacum*). Jeżeli jednak podania te trącićby mogły pewną przesadą, to żadnéj już wątpliwości ulegać nie może, że z końcem pierwszego i początkiem drugiego wieku ery chrześcijań-

skiéj chorobę tę dokładnie poznano, albowiem Aretaeus opisuje ją niemal z całą możliwą ścisłością uwydatniając, „że w chorobie téj, która głównie dzieci nagabuje, są migdałki jakimś płynem białym stężałym *(quodam concreto humore albo)* pokryte, który rozszerza się zajmując nawet dziąsła oraz język, i jeżeli zajmie tchawicę, sprowadza śmierć przez uduszenie, jeżeli zaś przeminie szczęśliwie, to częstokroć płyny przez nos się wylewają"; co więcéj nawet już ten autor rozróżnia formy błonicy łagodne i zgorzelinowe. Aretaeus wspomina również, że choroba ta powstaje głównie w Egipcie i Syryi, skutkiem czego nazwano ją zarazą egipską lub téż wrzodami egipskiemi albo syryjskiemi.

Z końcem 4go wieku ery chrześcijańskiéj pojawiła się choroba tego rodzaju w Rzymie, a opis jéj zawdzięczamy Macrobiusowi. W późniejszych wiekach pojawiła się błonica epidemicznie w Holandyi (1557 opisana przez Foresta), a w 17 i 18 wieku w Hiszpanii, gdzie ją nazwano „Garotilo", jeżeli zajmowała krtań i sprowadzała śmierć przez zaduszenie, lub „Fegar", jeżeli tylko do połyku się ograniczała. Znano również błonicę i opisywano dokładnie we Włoszech, we Francyi, w Niemczech i w Anglii, a nawet na drugiéj półkuli ziemi naszéj, w Ameryce północnéj.

Dokładne jednak określenie i wyróżnienie błonicy zawdzięczamy dopiero francuskiemu lekarzowi Bretonneauowi, który w r. 1821 przedłożył Akademii lekarskiéj w Paryżu dwie rozprawy o błonicy i pierwszy użył nazwy „dyfteryi" na określenie téj choroby. Zdaniem tego słynnego autora podstawą dyfteryi jest wypocina, tak że nie ma dyfteryi bez wypociny i to wypociny zaraźliwéj, a istotę chorobową dyfteryi stanowi wysięk błoniasty. Zdaniem Bretonneaua dyfteryja szerzy się w ten sposób, że wydzielina chorobowa bywa przeszczepianą w sposób przypadkowy na błonę śluzową rozmiękłą lub pozbawioną przybłonka; natomiast przyrzut chorobowy nie rozszerza się drogą powietrzną. Dławiec *(Croup)* i dyfteryja stanowią jednę i tę samą chorobę, a różnią się tylko stopniem téjże, natomiast zapalenie zgorzelinowe gardła ma, zdaniem Bretonneaua, stanowić zupełnie odmienną sprawę chorobową. Bretonneau z początku uważał dyfteryję za chorobę wyłącznie miejscową, późniéj jednak przyznał, że chorobie téj towarzyszy zazwyczaj zakażenie krwi.

Od chwili pojawienia się rozpraw Bretonneaua świat naukowy lekarski żywo zajmował się sprawą dyfteryi, a dowodem wielkiego zainteresowania się tą kwestyją jest z jednéj strony tak bogata pod tym względem literatura, jak z drugiéj strony częste spory naukowe co do pojmowania istoty dyfteryi i sposobu jéj powstawania. Virchow, Wagner i Buhl zasłużyli się bardzo nauce wyświecając sprawę dyfterytyczną pod względem anatomo-patologicznym; Hueter i Oertel wykryli najpierw w wypocinach dyfterytycznych ogromną ilość bakteryj *(Micrococci)* i próbowali przeszczepiać wytwory dyfterytyczne na zwierzęta. Trendelenburg, Nassilow, Recklingshausen, Waldeyer itd., a szczególniéj Klebs i Loeffler, zajmowali się nader gorąco wyświetleniem stosunku mikroorganizmów dyfteryi i przedsiębrali liczne doświadczenia hodując bakteryje i przeszczepiając je na zwierzęta, o czém jeszcze obszerniéj pomówię w dziale „Patogenezy dyfteryi", zaznaczając tutaj tylko, że, jak dotąd, droga doświadczalna ma przed sobą jeszcze wielkie obszary, a meta zwycięska na tém polu zbyt jest jeszcze odległą.

W ustępie tym również zastanowię się obszerniéj nad istotą dyfteryi i nad umiejętném jéj określeniem, tutaj tylko nadmienię, że, jak dotąd, nazwa i pojęcie „dyfteryi" jest właściwie pojęciem zbiorowém dla wielu spraw chorobowych, mających zapewnie wspólne źródło w jednym i tym samym gatunku najniższych ustrojów (mikroorganizmów), które drogami dotąd jeszcze dokładnie niewyświeconemi nagabują ustrój ludzki, a w miarę natrafionéj gleby szerząc się albo nadzwyczaj szybko stają się przyczyną choroby, która się nam wydaje być od początku zaraz ogólną i zakaźną, albo téż rozmnażając się bardzo powoli i nie wywołując ogólnych, ciężkich przypadów, nadają znaczenie więcéj cierpienia miejscowego, albo téż wreszcie nagabują, nie tak jak zwykle połyk, lecz błonę śluzową nosa, spojówkę oka, części rodne, rany, w ogóle załamki, w których powłoki ogólne stykają się z błonami śluzowemi i wytwarzają w tych miejscach ciężkie cierpienia miejscowe, którym nawet następowo ogólne przypady i złowrogie następstwa w postaci zakażenia krwi lub porażeń nerwowych towarzyszyć mogą.

W niniejszéj rozprawie pominę wszystkie te sprawy chorobowe chroniące się dotąd pod wspólne skrzydła obszernéj i zbiorowéj téj nazwy, a mówić będę tylko o dyfteryi tak, jak ona zwykle szerząc się epidemicznie, nam się przedstawia, t. j. mówić będę o dyfteryi połyku jako chorobie zakaźnéj, odznaczającéj się zmianami zapalnemi połyku, z szczególną skłonnością wytworów chorobowych do rozpadu.

Rozpocznę zaś od omówienia warunków sprzyjających powstawaniu dyfteryi oraz od wyjaśnienia dróg, jakiemi szerzy się ta choroba, czyli od części etyjologicznéj dyfteryi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał Dr. Stanisław Klikowicz z Petersburga.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Zważywszy, z jak wielu nieprzezwyciężonemi trudnościami połączoném jest otrzymywanie czystego peptona, nietrudno będzie naprzód już wyrzec się ilościowego oznaczenia tegoż *in substantia*. Przy strącaniu peptonu za pomocą 83% alkoholu ze sztucznych mięszanin trawiących zauważył Thiry (Maly, l. c. str. 99), że strąconą zostaje nie tylko peptyna wraz z przypadkowemi zanieczyszczeniami téjże, ale także i związki chlorowe zasad aż do 50% osadu. Trudności te przy ilościowém oznaczeniu dałyby tak znaczne źródła błędów, że nie można byłoby spodziewać się dokładnych rezultatów.

Ponieważ pozostała nam polaryzacyja, przeto należało postawić sobie pytanie, czy metoda ta odpowiada głównym warunkom dokładności. Zachodzi jeszcze pytanie, czy w naszym danym do polaryzowania płynie znajduje się j e d n o t y l k o czynnie optycznie ciało; odpowiedź na pytanie to jest stanowczo przeczącą. Za pomocą zobojętnienia i przegotowania uwolniliśmy płyn od syntoniny (Parapepton Meissnera, Propepton Schmidt-Mühlheima); ostatnie ślady téjże przy dosyć kwaśnéj reakcyi usunięte zostały przez dodanie soli kuchennéj (3%—35%) do płynu. Po dodaniu kwasu octowego i żelasinku potasu filtrat, choćby stał kilka godzin, nie mącił się wcale, albo tylko bardzo lekko. W niektórych przypadkach, gdzie zabarwienie to zdawało nam się mocniejszém aniżeli zwykle, zastosowywaliśmy następującą próbę: po dokładném oznaczeniu polarymetryczném czynnego opty-

cznie ciała dodawaliśmy przy bardzo kwaśnéj reakcyi do cieczy naszéj kilka kropel żelasinku potasu; po kilku godzinach braliśmy z czystego przesączu 89 cm. sześć., zaokrąglaliśmy je do 100 cm. sześć. i polaryzowali na nowo; po obliczeniu otrzymaliśmy liczby, które od poprzednio otrzymanych bardzo nieznacznie się różniły — dowód, że ilość strącalnego przez kwas octowy i żelasinek potasu ciała (b-pepton Meissnera) bardzo nieznaczny wywiera wpływ na rezultat polaryzacyi.

Jakkolwiek przy téj reakcyi ciecz nie stała się mętną, to jednak byliśmy w stanie zawsze — i na to kładę nacisk szczególny — znaczną wywołać mętność przez dodanie do czystego płynu znaczniejszych ilości soli kamiennéj albo stężonego rozczynu soli kuchennéj. Osad ten, wzgl. mętność znikała za ogrzewaniem i wracała znowu przy ochładzaniu (hemialbumoza, Kühne), przechodziła ona przez wszystkie sączki, a o oddzieleniu czystego peptonu od hemialbumozy nie można było myśleć. Byliśmy więc zmuszeni oznaczyć pepton razem z hemialbumozą. Jak wiadomo, hemialbumoza jest tak blisko peptonu stojącym produktem pośrednim trawienia, że przy dzisiejszym stanie wiadomości naszych nie podobna przeprowadzić między niemi ścisłéj granicy. Przy każdém trawieniu znajdujemy hemialbumozę we krwi, lecz czy jako taka przez przewód jelitowy pochłoniętą została, czy też przedstawia ona produkt przemiany wstecznéj peptonu, nie jest dotąd dowiedzionem. O ile dawniéj badacze skłonni byli nowe, w produktach pośrednich trawienia odkryte własności przypisać peptonowi, o tyle obecnie panuje zdanie wręcz przeciwne. Nawet istota jednolita albumozy jest jeszcze przedmiotem sporu. Kühne i Chittenden (*Ueber Albumosen, Zeitschrift f. Biologie. N. F.*, II tom, całego pisma tom XX. 1884, str. 11), wyliczają aż cztery gatunki hemialbumozy (proto-, hetero-, dis- i deuteroalbumoza). Przeciwnego zupełnie zdania jest Herth (*Untersuchungen über d. Hemialbumose oder d. Propepton. Sep. Abd. a. d. XC Bd. d. Sitzb. d. kais. Akad. d. Wissenschaften, III Abth.* Zeszyt czerwcowy 1884.;) badacz ten pracował nad albumozą prawie jednocześnie z powołanymi autorami i doszedł do wniosku, że hemialbumoza jest ciałem jednolitém. Kontrowersye te wskazać mają trudności badania téj kwestyi. Dołączymy w tém miejscu tylko jeszcze kilka słów o ostatniéj pracy Kühnego (*Albumosen und Peptone. Verhandlungen d. Naturhist. — Med. Vereins zu Heidelberg. N. F.* III tom, zeszyt 4.) W ciekawym bardzo artykule donosi on, że udało się nareszcie znaleść sposób, za pomocą którego można pepton oddzielić zupełnie od hemialbumoz. Środkiem tym jest zastósowany niedawno przez Heynsiusa i Wenza obojętny siarczan amonu; sól ta, miałko sproszkowana i aż do nasycenia do mięszaniny peptonu i albumozy dodana, strąca zupełnie wszystkie ciała białkowe z wyjątkiem peptonu, który podobno w stanie zupełnie czystym pozostaje w przesączu.

Pod względem siły skręcania czystego(?) peptonu zdania też są podzielone. Hofmeister (l. c. str. 129) oznacza $(\alpha)_D = -63{\cdot}5^0$, Pöhl (l. c.) przypuszcza, że współczynnik skręcania dla peptonu wahać się może pomiędzy -50^0 a -65^0, Hönigsberg (*Jahresbericht über d. Fortschritte d. Thier.-Chemie*, tom XII, 1882, str. 261), zwraca uwagę na to, że pepton rozmaitego pochodzenia rozmaicie skręcać może; tak np.

$(\alpha)_D$ dla peptonu z włóknika $= -55{\cdot}5^0$
„ „ „ „ gotowanéj wołowiny $= -26{\cdot}17^0$.
„ „ „ „ ryby $= -32{\cdot}37^0$.

Również niestałe są liczby, które Kühne i Chittenden (l. c.) dla rozmaitych gatunków hemialbumozy podają; np.:
dla protalbumozy (średnia z 5 oznaczeń) $(\alpha)_D = -74{\cdot}83^0$
„ deuteroalbum. („ „ 4 „) „ $= -74{\cdot}81^0$
„ „ („ „ „ „) „ $= -79{\cdot}11^0$
„ heteroalbum. („ „ „ „) „ $= -68{\cdot}55^0$

Jakkolwiek autorowie liczby te z wielkiém podają zastrzeżeniem, jednakie możnaby wysnuć z tego wniosek, że wszelkie hemialbumozy zawsze posiadają większą siłę skręcania, aniżeli czysty pepton. Początkowo używaliśmy przy oznaczeniach naszych podany przez Hofmeistra współczynnik $(-63{\cdot}5^0)$; w roku bieżącym jednakże w skutek surowszéj krytyki naszych własnych doświadczeń poddaliśmy próbie dokładność naszego czynnika. W tym celu przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń (ogółem 16), z których tylko 10 w formie tabeli (I) tu zestawiamy. We wszystkich tych doświadczeniach postępowaliśmy sobie w następujący sposób: po możliwie dokładnem oznaczeniu siły skręcania naszéj polaryzować się mającéj cieczy (100 cm. sześć.) obliczaliśmy za pomocą przytoczonéj wyżéj formułki absolutną (w gramach) zawartość w naszéj cieczy czynnych optycznie ciał (patrz rubryka 7, tab. I); przy obliczaniu tém posługiwaliśmy się czynnikiem Hofmeistra. Jednocześnie odmierzaliśmy dokładnie dwie porcyje po 10 cm. sześć. téj saméj cieczy i wlewali je do dwóch czarek platynowych, których waga po uprzedniém słabém wyżarzeniu przed samém użyciem oznaczoną została. Obie te porcyje wyparowywaliśmy w łaźni wodnéj, a pozostałość suszyliśmy przy 100°C. tak długo w łaźni suchéj, aż dwa, jedno po drugiém następujące, ważenia nie wykazywały już straty na wadze. Następnie obie pozostałości przy ciemno-czerwonym żarze zostały zwęglone, węgiel na ciepło z wody wyciągnięty, następnie położony na wolny od popiołu sączek, starannie wypłukany i wysuszony. Filtrat do suchości odparowano, węgiel wraz z sączkiem spopielono w drucie platynowym i popiół dodawano do pozostałości z filtratu. Teraz po powtórném i krótko trwałém żarzeniu oziębieniu w suszni, ważono czarki i na podstawie wiadomych wag popiołu i naczyń oznaczano wagę istoty spalonéj (produkty ostateczne trawienia [1]) i wyrażano ją w procentach (rubr. 8). Wtedy mogliśmy otrzymane za pomocą polaryzacyi liczby porównać z otrzymanemi za pomocą ważenia; różnicę w liczbach absolutnych (gramach) znajdujemy w rubr. 9, toż samo wyrażone w procentach wykazuje rubryka 10. Różnice oznaczone są znakiem (+) jeśli polaryzacyja dawała większe liczby, znakiem (—) jeśli waga wypadła większa za pomocą ważenia.

Jeśli tymczasem nie uwzględnimy doświadczeń 9 i 10, w takim razie zauważymy, że różnice we wszystkich innych doświadczeniach (rubr. 9) zaopatrzone są znakiem (+); przypuszczając, że otrzymane w naszych doświadczeniach za pomocą suszenia i ważenia liczby bardziéj zbliżone są do prawdy, aniżeli wyniki polaryzacyi, musielibyśmy przyznać, że dla wszystkich tych doświadczeń $(\alpha)_D = -63.5^0$ był za nisko obliczonym czynnikiem. Prostém wyliczeniem można dla każdego doświadczenia oznaczyć czynnik, za pomocą którego tę samą liczbę otrzymać możemy, którą otrzymaliśmy za pomocą ważenia. Takie czynniki przypuszczalne podaliśmy dla każdego doświadczenia w rubr. 11; nie znajdujemy tu

[1]) Niech mi wolno będzie zauważyć w tém miejscu, że dla krótkości tylko produkt ostateczny trawienia nazywam peptonem, jakkolwiek wiem dobrze, że pepton nasz nie jest wolnym od hemialbumozy.

(oprócz doświadczeń 9 i 10) ani jednego, któryby nie był większy, aniżeli 63.5, a więc ciecze nasze optycznie silniéj działały, aniżeli ciało, dla którego Hofmeister podał liczbę 63.5. Daje się to bardzo łatwo wytłumaczyć, gdyż nawet przy bardzo nieznacznéj zawartości hemialbumozy powinniśmy w obec silnego jéj działania optycznego (Kühne i Chittenden) spodziewać się większego współczynnika skręcania, niż gdybyśmy mieli do czynienia z czystym peptonem. Wzięliśmy średnią z 8 ewentualnych czynników; wynosi ona $(\alpha)_D = -66.3°$. Jeśli teraz liczby zboczenia z rubryki 6 obliczymy za pomocą naszego czynnika empirycznego, w takim razie otrzymamy w rubr. 13 i 14 różnice, 1) znacznie mniejsze od poprzednich i 2) zaopatrzone raz znakiem (+), raz znakiem (—). Na podstawie téj ostatniéj okoliczności można przypuścić, że idzie tu nie o fałszywy czynnik, lecz o błędy analityczne, które, jak wiadomo, wypaść mogą w obu kierunkach, ku (+) i ku (—). Ponieważ różnice procentowe wyprowadzamy z bardzo małych liczb absolutnych, przeto wahania liczb w rubr. 14 wydają się nam mniéj doniosłemi.

Teraz przechodzimy do dwóch ostatnich doświadczeń. One same tylko stanowią wyjątek, gdyż polaryzacyja wydaje w nich mniejsze liczby, aniżeli ważenie; początkowy nasz czynnik okazał się więc w tych przypadkach za wielkim. Ale są to właśnie te doświadczenia (rubr. 5), gdzie jako mającą zostać zbadaną istotę dodawaliśmy po 5.0 NaCl i KCl. Wspomnieliśmy już wyżéj, że w takich warunkach hemialbumoza po części przynajmniéj zostaje strąconą i to objaśnia, dla czego czynnik tylko dla tych przypadków okazał się za wielkim.

Ponieważ z jednéj strony zupełnego strącenia hemialbumozy w ogóle spodziewać się nie można, z drugiéj zaś nie wiemy, ile z produktów pośrednich strącone zostają przez nadmiar związków chlorowych zasad, przeto w doświadczeniach, w których dodawaliśmy tak wielkie ilości soli, że przy powtórném zagęszczeniu cieczy produkty pośrednie nie mogły pozostać w rozczynie, woleliśmy obliczenia nasze robić za pomocą czynnika Hofmeistra. Czynnik ten zdaje się bowiem pomiędzy innemi zajmować pośrednie miejsce i podobno w każdym razie dla cieczy, mało hemialbumozy zawierających, lepiéj się nadaje, aniżeli nasz współczynnik empiryczny, który jak sądzę lepiéj znów nadawał się do nieczyszczonych produktów ostatecznych trawienia. Wynika z tego, że przy doświadczeniach, w których dodajemy więcéj nad 3% odpowiednich soli, oznaczenie polarymetryczne mniéj ścisłém wypada, aniżeli w innych razach. Różnica jest jednak bardzo mała, a różnica pomiędzy obydwoma czynnikami w rzeczywistości mniejszą, aniżeli się zdaje: współczynniki są bowiem obliczone dla idealnego, przypuszczalnego rozczynu, a mianowicie dla 100% rozczynu. Ponieważ jednak w najlepszym razie mamy do czynienia z 3% rozczynem peptonu, przeto zobaczmy jak wielkim mógłby być czynnik, gdybyśmy jeden czynnik wzięli zamiast drugiego; zboczenie 2°30′ powinnoby w takim razie odpowiadać przy:

$(\alpha)_D = -63.5°$ 3.92% peptonu,

$(\alpha)_D = -66.3°$ 3.01% „

Z tego błąd wyrażony w odsetkach = 0·28%.

Oznaczenia polarymetryczne poddawałem bardzo często kontroli p. prof. Salkowskiego.

Przejdźmy teraz do szczegółowego opisu doświadczeń naszych. (C. d. n.)

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Sąd krajowy wreszcie przedłożył akta znawcom chemikom, prof. Radziszewskiemu i Drowi Schramowi, żądając od nich wyjaśnienia. Znawcy ci krytykują ostro orzeczenie pp. obducentów, podając na wstępie, że pp. lekarze cytują kilka możliwych trucizn, których atoli skutki są sobie wprost przeciwne, że się ograniczyli do wyliczenia kilku trucizn rzekomo łatwo się rozkładających; w szczególności zaś powtarzają, że alkaloidy w obecnym przypadku dałyby się wykryć, lecz niebyło ich ani śladu, że botaniczne i mikroskopowe poszukiwanie naparstnicy również było ujemne, że część trucizny mogła być wprawdzie wydzieloną przez wymioty, (których atoli niebyło), lecz w treści żołądkowéj pozostałaby zawsze dostateczna ilość do rozpoznania; że wszystkie przytoczone w orzeczeniu lekarskiém trucizny należy wykluczyć, że w szczególności kwas pruski nawet po kilku dniach może być wykryty [1]), że sinek potasu mógł wprawdzie być nadpsutym, ale wtedy byłoby go trzeba więcéj do otrucia, a w takim razie rozbiór wykryłby sole potasowe itd.

W obec tych zdań sprzecznych Sąd krajowy, jak powiedzieliśmy na wstępie, dn. 17 lipca przesłał akta śledcze Wydziałowi lek. naszemu. Nadeszły one po wyjeździe członków Wydziału na wakacyje letnie, przeleżały się do października, a dopiero d. 9 października Wydział mógł wypowiedzieć swoje zdanie. Opiewało ono jak następuje:

1. Gdy pp. chemicy nie zdołali wykazać w badanych przez siebie trzewach p. Roberty M. żadnéj trucizny, nie ma podstawy należytéj do przypuszczenia śmierci z otrucia, zwłaszcza gdy badanie ich odbyło się dosyć prędko, bo w kilka dni po śmierci Roberty M.

2. Wprawdzie robiący pierwszą sekcyję p. Dr. Małaczyński na podstawie oględzin żołądka powziął podejrzenie, że M. umarła skutkiem otrucia, wprawdzie i pp. obducenci sądowi po obejrzeniu żołądka podali niemal z pewnością, że śmierć nastąpiła z otrucia, jednak musieli mieć wątpliwość przecież, skoro we 2 dni później zgłosili potrzebę drobnowidowego zbadania mięśnia sercowego.

3. Prawdą jest, że są pewne przypadki, w których obducent na podstawie samego wyniku sekcyi może niemal z pewnością rozpoznać otrucie, ale też wtedy jest zarazem w stanie oznaczyć rodzaj trucizny użytéj, jak np. kwasu siarkowego, fosforu, sinku potasu, tlenku węgla; jednak w danym przypadku pp. obducenci oczywiście téj pewności nie mieli, skoro dowiedziawszy się o wykryciu przez chemików arsenu uznali badanie mikroskopowe mięśnia sercowego za zbyteczne, godząc się tém samém na to, że śmierć Roberty M. nastąpiła w skutek otrucia arszenikiem. A gdy chemicy sami odwołali pierwsze swoje orzeczenie, pp. obducenci bardziéj jeszcze stanowczo, bo z bezwzględną pewnością, przypuszczają śmierć z otrucia, powołując się na

[1]) Do téj kwestyi powrócimy późniéj i wykażemy, że może być wykryty nierównie późniéj.

zmiany anatomiczne w żołądku i jelitach, oraz na objawy chorobowe. Słusznie wprawdzie dowodzą, że trucizny czasem wykryć nie można, jeżeli za życia jeszcze zostaje wydzieloną, lub jeżeli się szybko rozkłada: gdy jednak za życia nie było ani wymiotów, ani biegunki, a choroba trwała zaledwie godzinę, gdy następnie badanie chemiczne odbyło się dość szybko, wypada raczéj przypuścić, że chemicy zdołaliby wykryć truciznę w trzewach denatki, gdyby do nich wprowadzoną została.

4. Szczegółowo przypuszczają pp. obducenci, że otrucie mogło nastąpić za pomocą dygitaliny, nitrogliceryny lub nitrobenzolu, a najprawdopodobniéj za pomocą kwasu pruskiego lub sinku potasu. Pomijając jednak okoliczność, że otrucia dygitaliną i nitrogliceryną są nader rzadkiemi, a u nas nieznanemi, to objawy chorobowe przeciw nim przemawiają. Otrucie nitrobenzolem wprost wykluczyć należy, skoro się przypuszcza otrucie kwasem pruskim lub sinkiem potasu; zresztą krew i tkaniny były raczéj jasno- a nie ciemnoczerwone. Również należy wykluczyć otrucie kwasem pruskim, właśnie z powodu zmian w żołądku znalezionych, których nigdy nie ma w tém otruciu. Natomiast przyznać należy, że zmiany podobne zawsze prawie zdarzają się w otruciu sinkiem potasu; z tém więc otruciem liczyć się wypada.

5. Na mocy zmian anatomicznych lekarz sądowy może rozpoznać przy stole sekcyjnym otrucie sinkiem potasu, jednak pomimo to dla osiągnięcia większéj pewności w takim razie nietylko sprawdza oddziaływanie żołądka, ale posługuje się na miejscu próbą chemiczną Preyera. Czy w danym przypadku obraz anatomiczny był tak wybitnym, aby usprawiedliwił przypuszczenie otrucia sinkiem potasu, z opisu pp. obducentów nie wynika dostatecznie; zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że nie był wybitnym, skoro pp. obducenci odrazu podejrzenia swego nie wypowiedzieli, wstępnéj próby chemicznéj nie uskutecznili, a później nawet na otrucie arszenikiem się zgodzili.

6. Jeżeli więc obraz żołądka i jelit oraz jaśniejsze [1] zabarwienie krwi poniekąd za otruciem za pomocą sinku potasu przemawiaćby mogły, to z drugiéj strony p r z e c i w temu otruciu przemawiają ważne następujące okoliczności:

a) Choroba Roberty M. trwała godzinę, podczas gdy sinek potasu nierównie prędzéj zabija, choćby nawet preparat był nie świeży.

b) Objawy chorobowe, opisane przez świadków, również nie odpowiadają temu otruciu.

c) Charakterystycznéj woni migdałów gorzkich nikt nie czuł podczas choroby, a co ważniejsza Dr. Małaczyński wyraźnie podaje, że podczas pierwszéj sekcyi żołądek i treść jego płynna nie wydawały żadnego odoru.

7. Gdy więc nie ma podstawy do uzasadnienia jakiegokolwiek otrucia, przypuścić należy, że Roberta M. u m a r ł a ś m i e r c i ą n a t u r a l n ą w s k u t e k p o r a ż e n i a s e r c a. Za tém zdaniem przemawiają następujące okoliczności:

a) Denatka była usposobioną do chorób sercowych.

b) Matka jéj podaje, że często skarżyła się „na ból serca, i zaparcie oddechu", że przed 3 laty podobny przebyła napad, co według zeznania świadków i Roberta M. sama opowiadała.

c) Przebieg ostatniéj krótkiéj choroby i objawy jéj odpowiadają w zupełności niedomodze i porażeniu serca.

[1]) Zamiast wyrazu „jaśniejsze" w broszurze prof. F. znajdujemy wyraz „pośmiertne," a jednak wyraz przez nas podany ma swoje znaczenie.

8. Nie przemawia przeciw śmierci z porażenia serca wynik badania mikroskopowego mięśnia sercowego, późniéj wykonanego; gdyż pp. znawcy nie wykluczają zwyrodnienia tłuszczowego, podając tylko, że nie ma „rozleglejszych zmian przeobrażenia tłuszczowego". Z tego powodu, jakotéż z uwagi, że znawcy znaleźli rozpoczynający się zanik brunatny mięśnia sercowego, który zdarza się zazwyczaj dopiero w wieku późniejszym, podczas gdy Małecka była osobą młodą (wiek jéj nigdzie nie jest dokładnie podany [1]), z uwagi wreszcie, że zanik brunatny częstokroć łączy się ze zwyrodnieniem tłuszczowém, zdaje się być rzeczą niewątpliwą, że serce nie było prawidłowém, a doświadczenie uczy, że porażenie serca zdarza się i w niższych stopniach zwyrodnienia tłuszczowego.

9. W obec orzeczenia, że śmierć Roberty M. była naturalną, zmiany znalezione w żołądku można wytłumaczyć przypuszczając albo:

a) że przekrwienie było czynnościowe, powstałe wśród trawienia, gdy M. umarła w 3 godziny po śniadaniu, albo

b) że przekrwienie było zastoinowe i następstwem cierpienia sercowego, za czém przemawiałby i obrzęk błony podśluzowéj, albo wreszcie

c) że przekrwienie to powstało skutkiem dostania się do żołądka płynu nie obojętnego, a sprawdzono, że płynem tym mógł być wyskok octowy z małą domieszką olejków eterycznych, albo mięszanina z alkoholu i eteru [2]).

„Śmierć zagadkowa, — otrucie czy śmierć naturalna", tak opiewa napis rozprawki prof. F. Na pierwszą część napisu zgadzam się, nie wchodząc na razie w pytanie, z czyjéj winy śmierć ta stała się zagadkową; druga część opiewać powinna: o t r u c i e s i n k i e m p o t a s u c z y ś m i e r ć n a t u r a l n a?. Przeczytawszy z największą uwagą akta sądowe nabrałem niezłomnego przekonania, że tak a nie inaczéj pytać się wypadało, a zadaniem mojém będzie teraz dowieść słuszności mojego twierdzenia.

Szan. autor broszury innego jest przekonania, twierdząc wprawdzie, że miało miejsce otrucie, lecz że ono mogło nastąpić „albo za pomocą k w a s u p r u s k i e g o, a jeszcze bardziéj s i n k u p o t a s u, zwłaszcza do pewnego stopnia rozłożonego i nieświeżego, który możebnie dla tego uległ w zwłokach, c h o c i a ż ś w i e ż y c h, zupełnemu rozkładowi, częścią zaś, działając w ustroju powoli, został za życia jeszcze wydzielonym; obok sinku potasu możebną trucizną mogły być: nitrogliceryna, nitrobenzol, daléj digittalina itp. **lub też wreszcie** i mięszanina podobnych istot". Rozbierzemy więc szczegóły jego twierdzeń:

N i t r o g l i c e r y n a: Co skłoniło szan. autora do przypuszczenia otrucia nitrogliceryną, zaprawdę nie pojmujemy; chyba okoliczność, że idąc za Hofmannem w podręczniku swym traktuje o nitroglicerynie w jednym i tym samym rozdziale co o kwasie pruskim i nitrobenzolu, i że p. Dr. Widmann miał we Lwowie obserwować dwukrotne otrucie nitrogliceryną u jednéj i téj saméj osoby. Wszakże sam autor w Podręczniku swym (str. 390) podaje: „Przypady otrucia (nitrogliceryną) polegają na silnym bólu i zawrocie głowy, b o l e ś c i a c h w b r z u c h u, w y m i o t a c h i r o z w o l n i e-

[1]) Rzecz dziwna, że pp. obducenci wcale wieku Roberty M. nie podali pomimo dwukrotnéj sekcyi, teraz dopiero dowiadujemy się z broszury prof. F., że denatka miała lat 26.

[2]) Ustęp ostatni orzeczenia, odnoszący się do pierwszych znawców chemików, opuszczamy, ponieważ go nie podaje i kol. F., jako z niniejszą polemiką w związku nie będący.

niu, przyczém wymiociny mają wybitną woń nitrogliceryny... Śmierć następywała w znanych wypadkach po 6 godzinach lub nawet po 3—4 dniach. Sekcyja zwłok wykazywała: nastrzykanie błony śluzowéj żołądka i wybroczynki w takowéj, zresztą wynik ujemny". Gdzież tu jakiekolwiek podobieństwo objawów chorobowych i zmian pośmiertnych z przypadkiem naszym?

Dygitalina. Objawami otrucia nią według prof. Feigla (podręcznika str. 404) są: nudności, utrata łaknienia, wymioty, rozwolnienie, zwolnienie tętna itd. O zmianach pośmiertnych nic nie umie podać, i słusznie, bo w ostatnich 25 latach zaledwie 2 przypadki śmierci doszły do wiadomości ogólnéj: jeden w r. 1864 przypadek rozgłośny otrucia pani de Pauw przez Dra La Pommerais w Paryżu, w którym Tardieu dla braku zmian charakterystycznych zmuszony był uciec się do doświadczenia fizyjologicznego, — a drugi w r. 1876 przez pruskiego lekarza wojskowego Dra Köhnhorna opisany, w którym sekcyja wykazała tylko nieżyt żołądka. Słusznie więc pisze Hofmann (*Lehrb.* 685), że po otruciu dygitaliną nie znajdujemy zmian charakterystycznych w zwłokach. Zkądże więc Lwów przychodzi do zaszczytu, że po Paryżu i Berlinie w nim zdarzył się trzeci przypadek otrucia dygitaliną?

Nitrobenzol. Otrucia tym olejkiem lekarz sądowy domyśla się, jeżeli przy sekcyi: 1) czuje silną, odurzającą prawie woń migdałów gorzkich, bez porównania silniejszą i dłużéj utrzymującą się, aniżeli po kwasie pruskim; 2) jeżeli krew jest ciemną a mięśnie brunatne; 3) jeżeli w żołądku znajdujemy płyn olejny, choć w bardzo małéj ilości; 4) jeżeli próba Preyera daje wynik ujemny [1]). A jeżeli tego wszystkiego nie było, jeżeli przedewszystkiém nie było wcale woni charakterystycznéj, zkądże powstać nawet mogła myśl o otruciu nitrobenzolem? Otóż szan. autor podaje, że myśl tę nasunął mu przypadek opisany przez Dra Mehrera (*W. méd. Presse*, 1885, Nr. 1). Ponieważ szan. autor do tego przypadku przywięzuje tak wielką wagę, że aż 3 razy w broszurze swéj (str. 11, 17 i 25) do niego się odwołuje, więc zapoznać z nim czytelnika staje się dla mnie obowiązkiem, aby dowieść, że trafném jest orzeczenie szan. autora: „że takim sposobem dowodzenia można dowieść, co się komu tylko podoba".

Kupiec pewien przychodzi pieszo do szpitala powszechnego we Lwowie, podając, że przed pół godziną otruł się przypadkowo, a mianowicie, że będąc u mydlarza wypił porządny haust z flaszki, w któréj sądził, iż znajduje się wonny likier, i że zaraz potém czuł się mocno osłabionym. Uderzającą była ogromna sinica (czyż to dla tego i p. Roberta M. musiała ogromnie posinieć?), tętno przyspieszone itd., a przedewszystkiém silna woń migdałów gorzkich z ust szerząca się, a taką samą woń miał płyn, który w szpitalu z żołądka wypompowano. Tego samego dnia ustały nudności a 3go dnia otruty opuścił szpital jako uleczony. Później sprawdzono, że w owéj flaszce znajdował się nitrobenzol. Otóż historyja tego przypadku.

Pytam się, w jakim celu szan. autor odwołuje się do tego przypadku, który jego twierdzenia wcale nie popiera a nawet wprost przeciw niemu przemawia i co mają znaczyć jego uwagi, że w tym przypadku „tkanki nieokazywały zabarwienia brunatnego, tylko zwykłą sinicę" (str. 11), skoro nikt nie twierdził, jakoby mięśnie za życia miały być brunatnemi, bo za życia zazwyczaj mięśni się nie widzi, a chory Dra Mehrera nie umarł wcale; co znaczy podanie jego (str. 17) o niezwykłém zabarwieniu krwi tego człowieka, skoro nikt jego krwi nie widział; co wreszcie (str. 25) ponowne twierdzenie, że „w przypadku Dra Mehrera „nie było ani śladu brunatnego zabarwienia tkanek, choć preparat był czysty" (zkąd szan. autor o tém wie, skoro Dr. Mehrer tego nie podaje?). Czy po tém wszystkiém czytelnik broszury nie wynosi wrażenia, że szan. autor mówi o przypadku śmierci z nitrobenzolu, w którym sekcyja wykazała coś niezwykłego, wbrew wszystkim autorom popreć mającego jego przypuszczenie, że Roberta M. mogła z podobnego umrzeć otrucia?—podczas gdy przypadek Dra Mehrera niczego więcéj nie dowodzi, jak że pewien kupiec łakomstwo swoje przypłacił 3-dniową chorobą, i że był to zwykły przypadek otrucia nitrobenzolem, przebiegający pomyślnie śród zwykłych objawów. Przypuszczenie zaś otrucia tym olejkiem u Roberty M. w doświadczeniu sądowo-lekarskiém nie znajduje żadnego usprawiedliwienia i pozostaje w rażącéj sprzeczności z przypuszczeniem otrucia kw. pruskim lub sinkiem potasu. (C. d. n.)

[1]) Zapobiegając możebnemu zarzutowi, że według nowszych nawet autorów, jak Husemanna, Lewina, Seidla, nitrobenzol wywołuje także zbłękitnienie gwajaku, oświadczam stanowczo na podstawie licznych własnych doświadczeń, że zdanie to jest całkiem mylne, i że w próbie Preyera posiadamy cenny środek do odróżnienia otrucia preparatami kw. pruskiego od otrucia nitrobenzolem.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Oertel (Monachijum): **Tereny lecznicze w zastosowaniu do zboczeń w krążeniu.** (*Ueber Terrain-Curorte zur Behandlung von Kranken mit Kreislaufs-Störungen*). Lipsk, 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Z inicyjatywy autora tereny lecznicze urządzają się już na sezon zimowy w Meranie, Bozen i Arco (urządzenie dróg, podział ich na odpowiednie odstępy, stosunkowe ich wyniesienie itd. przedstawiają dwie załączone mapy), — w przyszłym zaś roku powstać ma cały szereg terenów leczniczych w różnych zdrojowiskach austryjackich na porę wiosenną, letnią i jesienną. Co do innych warunków autor przepisuje szczegółową chorym dyjetę, różne rozrywki i zabawy, poleca ubranie wełniane i płaszcze nieprzemakalne, zaopatruje ich w książeczki, w których sami mają zapisywać ilość wypitych przez dobę napojów i oddanego moczu, uczy podczas burzy zasłaniać się skórzanym parasolem a podczas napadu duszności i bicia serca opierać się na nieodstępnéj lasce górskiéj — broń Boże siadać! ale nie wspomina ani jedném słowem o tém, że chory podczas swéj gimnastyki może się nabawić nietylko „pożądanego" bicia serca, ale i mniéj pożądanéj utraty przytomności, udaru mózgowego lub porażenia serca.

O ile tereny lecznicze zadość uczynią powyższym wskazaniom, przyszłość pokaże. Tu godzi się namienić, że bynajmniéj nie we wszystkich chorobach, zalecanych przez autora do leczenia terenowego, istota cierpienia polega na zwichnieniu równowagi hydrostatycznéj w krążeniu, a gdzie nawet zboczenie to istnieje, nie „tylko na drodze fizyczno-mechanicznéj wyrównaném być może". Sam autor przyznaje, że poziome położenie ciała ułatwia pracę serca, a jeżeli dodaje, że w tém położeniu nie dostaje dostatecznych bodźców dla mięśnia sercowego, to zapomina

o tém, że farmakologii nie zbywa bynajmniéj na środkach serce podniecających. Trudno także zgodzić się z autorem na odróżnianie bicia serca patologicznego i fizyjologicznego, z których pierwsze ma być szkodliwe a drugie „pożądane“. Sądzimy, że bicie serca jest zawsze objawem i następstwem nieprawidłowéj inerwacyi serca, a to z przyczyn rozlicznych i rozmaitych, ale zawsze patologicznych. Zadaniem naszém jest nie wywoływać go, lecz zapobiegać mu i uśmierzać je. A gdzie nawet rozchodzi się o wyrównanie zwichniętéj równowagi hydrostatycznéj w krążeniu, osiągnąć je można również na drodze fizyjologicznéj. Wszakżeż stan nerwów czuciowych obwodowych wpływa ciągle i nieustannie na zachowanie się nerwów spółczulnego i błędnego, na nerwy naczynioruchowe zwężające i rozszerzające, a więc na cały system nerwów regulujących ruchy serca i całe krążenie. Zmieniając stan czynny w nerwach dośrodkowych możemy podniecać czynność serca, podwyższać lub obniżać pracę mięśnia sercowego, zmieniając parcie krwi w układzie tętniczym, zależne nietylko od siły popędowéj serca lecz i od szerokości koryta naczyniowego, nader zmiennéj i od wpływu nerwów zawisłéj. Równocześnie podniecając nerwy czuciowe możemy zmieniać rytm i postać ruchów oddechowych a więc i tym sposobem działać na dopływ krwi do prawéj komórki. W wielu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego z wybitną arytmiją tętna już samo mechaniczne drażnienie skóry grzbietu *(hacture)*, a tém więcéj przelotne podrażnienie termiczne (krótki natrysk zimny) sprowadzają tętno regularne i silniejsze z podwyższonem parciem ościennem w tętnicach (sfigmomanometr Bascha). Ilekroć zaś niedomoga mięśnia sercowego pochodzi z niedostatecznego odżywienia ogólnego, nieprawidłowego wyrobu krwi, w niedokrewności, błednicy, po chorobach wyniszczających, a mianowicie jest następstwem ogólnego stanu neurastenicznego itp., nie może być mowy o „wyrównywaniu zwichniętéj równowagi hydrostatycznéj na drodze fizyczno-mechanicznéj“, lecz rozchodzi się o poprawę ogólnego odżywienia i mięszaniny krwi, o usunięcie zboczeń w unerwieniu serca i naczyń — a do tego celu chodzenie pod górę nie jest drogą ani najprostszą ani najkrótszą. Jeszcze jedna uwaga. Autor wspomina, że ani łaźnia sucha ani inne zabiegi napotne nie przyspieszają spalenia tłuszczu w ustroju, że więc stosowanie zabiegów tych w otyłości jest nonsensem. Przypomnieć należy, że łaźnia nietylko wywołuje poty, lecz podwyższając ciepłotę ciała wzmaga produkcyję ciepła, a więc powiększa tak ilość zużytego tlenu, jak i wydalonego kwasu węglowego. Prócz tego w łaźni takiéj zwiększa się u otyłych pojemność życiowa płuc, wzmaga siła wdechowa i wydechowa, jak tego dowodzą nowe doświadczenia Pasternackiego.

Chcieliśmy przez to zwrócić uwagę Kolegów, że nowa metoda fizyczno-mechaniczna, acz jeszcze sama w kołysce, już zbyt wygórowane rości sobie pretensyje i dyskredytowaniem wszelkich innych sposobów leczenia chce sobie torować drogę powodzenia. *Dr. Smoleński.*

Prof. Dr. S. Samuel: **Właściwy jad cholery.**

Dotychczas uważano cholerę za chorobę zaraźliwą, która się w jelicie umiejscowia. Silny nieżyt jelit i utrata istoty płynnéj we krwi stanowiły główną grupę przypadów, zwłaszcza że objawy saméj cholery po największéj części idą w parze ze znaczną utratą płynu w ustroju. U nieznacznéj liczby chorych wypróżnienia na zewnątrz były mniejsze, lecz i w tych przypadkach wykazała obdukcyja niezmierną ilość przesączyn w jelitach i jedynie porażenie tychże stanowiło przeszkodę w wypróżnieniu. Pojedyncze tylko przypadki, w których ani rozmiary przesączyn ani ilość krwi i skład nizki téjże nie zdołały wytłumaczyć przyczyny śmierci, skłoniły badaczy do rozpoznania intoksykacyi cholery. Obecnie według pojęcia Kocha bakteryje tworzą właściwy jad swoisty, przezco przybłonek zwłaszcza górne warstwy błony śluzowéj jelita obumierają, co przez chłonienie stanowi przyczynę porażenia naczyń krwionośnych. S. pyta się: czy jad cholery, który sprawia zapalenie jelita, porażenie naczyń krwionośnych i serca według pojęcia Kocha, jest udowodnionym? Willers znalazł podobno w kale cholerycznych alkaloid, który wywołuje nieprawidłowe bicie serca i silne drganie nerwowe. Zagadkowe te odkrycia, poczynione na zwłokach, nie wpłynęły dotychczas na korzyść ludzi żyjących. Koch podaje, że w płynie odżywczym laseczników przecinkowych tworzą się odżywki chemicznie wpływowe. S. zaś nadmienia, że nawet w prawidłowém jelicie napotykamy składniki jakoto: amonijak, kwas siarkowodowy, kwas masłowy, kwas octowy, fenol, skatol, krezol, jednak w takich ilościach, iż żadnéj ciału ludzkiemu niewyrządzają szkody. Czy treść jelit cholerycznych t. zw. stolce ryżowe nawet świeżo użyte są trujące, obecnie jeszcze niewiadomo. Stwierdzono jedynie w gnilicy *(sepsis)*, że bakteryje działają szkodliwie nietylko mechanicznie wbijając się w tkanki, lecz również chemicznie tworząc różne przemiany. Samuel zaprzecza zupełnie, jakoby właściwy jad przez jelito wchłonięty, dostał się do krwi działając jako jad sercowy. W jelitach mogą się różne znajdować szkodliwe istoty, które jednak do krwi nie dochodzą a im większe wypacanie tém mniejsze chłonienie, wreszcie stolce ryżowe podskórnie do krwi wstrzyknięte lub krew świeża zamartwiczego nie wywołują porażenia serca. Objawy choroby nie stwierdzają otrucia jadem, który jeszcze obecnie nie jest dowiedzionym. W 10 przypadkach utrata płynu 9 razy znacznie przeważała, co sprawia przeszkodę w krążeniu krwi. Na 100 chorych stwierdzono zaledwie 2—3 razy przepacanie niedostateczne, lecz nie można dokładnie oznaczyć, jak obfite były stolce poprzednio. Śmierć następuje bezwarunkowo w skutek odciągania krwi (*depletio*) z innych naczyń krwionośnych, niedokrewności najważniejszych części ustroju, i z tego rozdziału zmniejszonéj ilości krwi, jak to we wstrząsie zauważano. Z powodu cholery nie wzmaga się ogólna śmiertelność, gdyż między chorymi jest prawie połowa osób cierpiących na zboczenia w krążeniu krwi, wady serca, cukrzycę i kiłę. S. twierdzi, iż tylko nagła utrata wody z krwi sprawia zapad i śmierć. Przypuszczając, że istnieje jad sercowy, cóż natenczas czynić należy? S. jest tego zdania, że jedynie wstrzykiwania wodą przez 4—7 godzin za pomocą irygatora przez cewkę, przekłówszy poprzednio tkankę trójgrańcem w okolicy piersiowéj, pachwinowéj lub obojczykowéj, może chorobę uleczyć. W ciężkiéj zamartwicy należy wstrzykiwania rozpocząć od szyi. Woda słona ma być rozgrzaną od 38—39°C. Daje się 4 gramy soli kuchennéj na 1 litr wody. *(Berl. klin. Wochenschrift*, 1885, Nr. 36). *Dr. Reiss* w Dukli.

Dr. Silbermann: **Dwa przypadki znacznéj niedokrewności uleczone podskórném wstrzykiwaniem krwi.**

S. ogłasza dwa przypadki, w których po wstrzykiwaniu krwi według Ziemssena świetne uzyskał wyniki. Chłopcu 8-letniemu (po przebytéj odrze i kokluszu) cierpiącemu na bicie serca (wybitne szmery skurczowe zastawki trójkończystéj), mdłości i womity, gdy wewnętrzne podanie żelaza itd. nieskutkowało, wstrzyknął 40 grm. odwłóknionéj krwi ludz-

kiéj w oba uda. Nastąpiło znaczne polepszenie a po powtórném wstrzykiwaniu wyzdrowiał chory wkrótce zupełnie. Innym razem wstrzyknął dziewczęciu 11-letniemu, które po znacznych krwotokach z powodu ukleju w kiszce odchodowéj cierpiało na bardzo znaczną niedokrewność 50 gram. odwłóknionéj krwi ludzkiéj do obu ud. Wkrótce nastąpiło znaczne polepszenie. S. zwraca uwagę na odwietrzanie przed operacyją rąk, z któréj się krew bierze, również jak operowanego, wreszcie narzędzi i strzykawki. Podczas wstrzykiwania i późniéj należy uda ugniatać w kierunku ośrodkowym. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, Nr. 26).

Dr. Reiss w Dukli.

Baron Horoch: **Okaz nerki wyciętéj.**

Guz nerki stwierdzono w klinice prof. Alberta w Wiedniu u kobiety 40-letniéj. Chora spostrzegła od dwu lat po upadnięciu obrzęk na prawéj stronie brzucha, który z początku okazał się wielkości pięści, był ruchomym i sprawiał choréj znaczne boleści w żołądku, sięgając aż do pępka. Moczenie przy znaczném parciu utrudnione, przyczém odszedł skrzep, a późniéj nieco krwi płynnéj. Potém czuła się chora znacznie zdrowszą, a gdy powtórnie silne boleści się wznowiły, udała się do kliniki. Badanie stwierdziło obrzęk na prawéj części brzucha wielkości główki dziecięcia, ponad prawą kością łonową, ruchomy, twardy, o krańcach ostrych i można było przypuścić guz jajnikowy, gdyby przy dokładném badaniu przez pochwę nie trafiono na jajniki. Mocz był mętny i krwawy. Rozpoznanie guza nerkowego uzasadnił Dr. Pawlik badając zgłębnikiem moczowody. Badając prawy moczowód wydobył mocz żółty bardzo mętny, zanieczyszczony licznemi strzępkami ropy i krwi. Wydzielanie moczu było powolne, po ucisku zaś na guz odeszło znacznie więcéj moczu. Z lewego moczowodu wydobył P. mocz zupełnie czysty, bez osadu. Dla tém pewniejszego ustalenia rozpoznania wstrzyknięto późniéj do okrężnicy rozczyn proszków burzących, skutkiem czego cała okolica przed guzem dokładnie była ograniczoną, dając wypuk bębenkowy. Okrężnica w tém miejscu wzdęła się tworząc ciało mające 10cm. (przedtém 3cm.) szerokości, kątnica sięgała obecnie z tyłu aż do pachy. Dnia 7 lutego wyciął prof. Albert guz. Cięcie prowadzono od 11 żebra ku przodowi na wewnątrz przez wszystkie warstwy i wtedy można było guz od otrzewny odłączyć. Podwiązano następnie naczynia, przyczém żyła była znacznie rozdętą, w któréj czop guzu uwiązł. Po wyjęciu guza znaleziono otrzewnę w dwóch miejscach naddartą, zeszyto ją również jak resztę rany, założono dren i przymocowano przewód moczowy za pomocą igły bezpieczeństwa do wewnętrznego kąta rany. Rana zagoiła się śród miernego ropienia i chora opuściła klinikę po 4 tygodniach ciesząc się zupełném zdrowiem. Ciekawą była różnica ilości moczu. Przed operacyją oddawała chora w 24 godzin 500cm.sz. moczu. Tak było przez dni kilka po operacyi, późniéj dopiero zwiększyła się ilość moczu, a w 13tym dniu po operacyi wydawała chora już 1300 cm.sz, w 22 zaś dniu 2900cm.sz. Obecnie wynosi ilość moczu 2400—2600cm.sz. Guz ważył 1300gr. był 20cm. długi i 12cm. szeroki. Stwierdzono zwyrodnienie rakowate nerki, u któréj górnéj części pozostała resztka tkanki prawidłowéj. (*Beilage z. Centralbl. f. Chir.*, 1885, Nr. 24).

Dr. Reiss z Dukli.

Casper: **O leczeniu przewlekłéj rzeżączki sondami rowkowanemi.**

Liczne dotychczasowe sposoby leczenia rzeżączki przewlekłéj przedniéj i tylnéj części cewki moczowéj uważa autor za niedające dostatecznych rezultatów. To skłoniło go do obmyślenia i podania nowego sposobu leczenia. Opierając się na swéj statystyce, w któréj wykazuje 30 nadzwyczaj uporczywych przypadków uleczonych 20—30 sondowaniami, twierdzi, iż jest to dotychczas najlepsza metoda leczenia. Metoda ta polega na wprowadzaniu sond z chińskiego srebra, lekko stożkowo się kończących, długości 25cm. Na powierzchni tychże znajduje się 6 rowków 1½mm. głębokości, ku wygięciu sondy coraz płytszych, a kończących się 5cm. od końca. Używa numerów Charrièra od 18—23. Rowki te wypełnia maścią: *Rp. Butyr. Cacao 100,00, Arg. nitr. 1,00, Bals. Cocain. 2,00* Maść ta w temperaturze pokoju jest stężałą i dopiero ogrzawszy ją w odpowiedniéj miseczce przy nie bardzo wysokiéj ciepłocie wlewa do rowków. Następnie przesuwa sondę przez otwór skali Charrièra, odpowiedni téjże dla wygładzenia powierzchni. Stosownie do tego, czy wedle rozpoznania rzeżączka jest umiejscowioną w przedniéj czy też tylnéj części cewki moczowéj, wypełnia maścią początkową lub końcową część rowków. Sonda wprowadzona pozostaje w cewce rozmaicie długo, stosownie do tego, jak długo chory jest w stanie bez dolegliwego bólu znieść ją, chorzy bowiem okazują bardzo różną wrażliwość. Metodą tą więc osiąga autor podwójny cel, z jednéj strony mechanicznie ciężkością sondy działa na naciek w cewce, z drugiéj strony leczy miejscowe zmiany na błonie śluzowéj. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1885, Nr. 49). *Dr. Halski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Salama: **Dalszy przyczynek do bakteryjoterapii.** Próby leczenia stosowano u chorego w okresie późnym suchot płucnych. Badanie wykazało dużą jamę w szczycie płuca lewego, nieżyt oskrzelowy w reszcie płuca; w plwocinach licznie prątki gruźlicze. Prof. Mafozzi, pod którego kontrolą robiono doświadczenia, polecił wziewanie z *Bacterium termo.* W tym celu wzięto kilka kropli wody studziennéj na gelatynę peptonową i w sposób zwykły przez hodowle oddzielono *B. termo* od innych grzybków. Czystą hodowlę dano do bulijonu, pozostawiono 8—10 godzin w cieple odpowiedniém i używano do wziewań. Doświadczenia rozpoczęto 17 lipca. Wziewania stosowano kilka razy dziennie nienużąc jednak niemi chorego. W pierwszych czterech dniach nie było polepszenia. Piątego jednak dnia gorączka zmniejszyła się, plwociny były mniéj ropne i mniéj obfite. Drobnowid wykazywał w nich mniéj już prątków gruźliczych, za to roje całe *B. termo.* Badanie 2 sierpnia nie wykazywało już żadnych prątków gruźliczych. Od tego czasu przybywało ciągle chorego na ciężarze, a polepszenie pod względem wszystkich objawów chorobowych było uderzającém. (*Allg. Med. C. Ztg.* str. 1666. 1885).

Ω. Szyrostircejew zachwala bardzo **Hydrastis canadensis w cierpieniach macicy.** *Hydrastis* okazała się bardzo skuteczną w krwotokach macicznych (już 20 kropli wyciągu usuwało krwotok, wywołany silném przekrwieniem macicy), w przypadkach w których macica była powiększoną, błona śluzowa owrzodziała, a ztąd wydzielina bardzo mocną, wreszcie w przypadkach zboczeń w czynnościach narządu trawienia, których przyczyną były zboczenia płciowe. Według spostrzeżeń Schatza i Mendes de Léona lek ten działa głownie na naczynia macicy, nie zaś jak *secale cornutum* na mięśnie gładkie. Dotąd znaleziono w *hydrastis* trzy alkaloidy, *hydrastin, berberin,* i trzeci bliżéj nieokreślony, który z tych trzech alkaloidów posiada własność hemostatyczną, nie wiadomo. (*The Lancet* 17 list. 1885).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 18 listopada 1885 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 31. Jako goście: Prof. Cybulski i Dr. Sondermayer z Krakowa.

1) Kol. Braun przedstawił mężczyznę z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, u którego kol. Obaliński wyciął 10 cm. jelita cienkiego, uległego zgorzeli z powodu uwięznięcia w przepuklinie pachwinowéj zewnętrznéj prawéj, trwającéj od 13 lat, a uwięzniętéj od 2 dni. — Chory w trzecim tygodniu oddaje stolec bez bólu, a rana zagoiła się przez rychłozrost w przeciągu dni 14. Kol. Braun wspomina o podobnym przypadku, gdzie również z powodu zgorzeli jelita uwięzniętego w przepuklinie, resekowano mężczyznie 32 lat liczącemu 65 cm. z rezultatem pomyślnym. Chory opuścił zakład zdrów po upływie miesiąca. — Oba przypadki mają służyć na poparcie twierdzenia niektórych autorów, do których należy kol. Obaliński, że pierworzędną resekcyję jelita z następowém zeszyciem kolistém w przypadku zgorzeli sprowadzonéj uwięznięciem, można wykonać z pomyślnym skutkiem, jeżeli zgorzel powstała szybko, a jelito doprowadzające nie miało czasu uledz głębszéj zmianie.

2) Kol. Mikulicz przedstawił kobietę, u któréj dokonał częściowego wyłuszczenia wola (*struma substernalis*) z uprzednią wysoką tracheotomiją. — Była pacyjentka ma się zupełnie dobrze, nie doznając ani charłactwa typowego ani szczególnéj zmiany w głosie. W 3 ostatnich latach wykonał kol. Mikulicz 25 operacyj wola wszystkie ze skutkiem pomyślnym, z tych 7 razy wyłuszczył cały gruczoł tarczykowy, 18 razy częściowo; 8 razy resekował wól w sposób poniżéj podany.

Gojenie się rany było zawsze prawidłowe, 20 razy rana zgoiła się przez zupełny rychłozrost, 2 razy było lekkie ropienie w okolicy szwów, 2 razy w dolnym kącie rany, raz zaś zrzekł się kol. Mikulicz już przy operacyi rychłozrostu z powodu tracheotomii, którą musiał wykonać (przypadek przedstawiony). Przewaga kobiet nad mężczyznami była prawie taka sama, jak w statystyce Rottera (312:178) mianowicie 17:8.

Wskazaniem do operacyi była zawsze duszność, raz tylko względy kosmetyczne.

Z pomiędzy wolów operowanych było 25 przypadków wola miąższowego lub torbielowego, raz był wól złośliwy, raz był zaś wól powikłany z chorobą Basedowa. Co do techniki operacyjnéj to trzymał się operator głównie zasad podanych przez Billrotha. Liczba przypadków operowanych przez kol. Mikulicza może się przyczynić do wyjaśnienia sprawy stanowiącéj dziś treść kwestyi wycięcia wola. Sprawę zaś tę stanowią choroby następowe, jakie się przydarzają po operacyi wola. Zaburzenia te domagają się ograniczenia wskazań lub zmiany sposobu operowania wola.

Pierwszém z zaburzeń, na które zwracano uwagę, były zboczenia w unerwieniu krtani, przypuszczano skaleczenie grube nerwu wstecznego, prace jednakże Wölflera i Kochera tak wyjaśniły stosunki tętnicy tarczykowéj dolnéj do nerwu wstecznego, że obecnie bezpośredniego skaleczenia nerwu wstecznego łatwo uniknąć można. Drugiém zboczeniem była tężyczka (*tetania*) najpierw w klinice Billrotha obserwowana. Nerwica ta jakkolwiek mało życiu zagrażająca, (Liebrecht na 351 przypadków 3 śmiertelne), wlecze się nie raz całemi miesiącami i trapi w nieznośny sposób chorego i jego otoczenie. Wreszcie spostrzeżenia Reverdina i Kochera charłactwa t. z. *cachexia strumipriva* po całkowitém wyłuszczeniu wola stanowczo przeciw téj operacyi przemawiały. Przypadki charłactwa tego obserwowali i inni jak Juillard, Baumgärtner, Grundler, Pietrzykowski a wreszcie raz Mikulicz. Liczba dotychczas ogłoszonych przypadków wynosi 36. Schiff, Wagne Zesas, i Horsley zapomocą doświadczeń na zwierzętach wykazali, że i dla tych wyłuszczenie całkowite gruczołu tarczykowego nie jest zabiegiem obojętnym. Kwestyja charłactwa i dla prelegenta nie jest zupełnie jasną. Czy istnieje zawsze związek przyczynowy między strumektomiją a charłactwem, to jeszcze nie jest na pewne udowodnioném. U kilku chorych prelegenta już przed operacyją były objawy charłactwa, u 5 był wzrost wybitnie powstrzymany, u 3 zaś z tych nadto wejrzenie matołkowate. Bardzo pouczający jest przypadek dwóch sióstr, których fotografiję kol. Mikulicz przedstawia. Gdyby starsza, u któréj już przed operacyją były wybitne objawy charłactwa, była przed kilku laty operowana, toby ją teraz z pewnością jako typowy przypadek charłactwa Kochera przedstawiono. Całą tę kwestyję tylko dokładna i rozległa statystyka rozwiązać może. Dopóki jednakże sprawa ta nie jest wyjaśnioną, całkowite wyłuszczenie wola w przypadkach tylko nadzwyczaj wyjątkowych, jak np. przy wolach złośliwych, jest dozwoloném. Z teoryj tłumaczących występowanie charłactwa Kochera prelegentowi najbardziéj przemawia do przekonania teoryja Baumgärtnera, który szuka przyczyny w zaburzeniach nerwowych powstałych jużto z powodu bezpośredniego skaleczenia jużto z powodu zmian następowych wytwarzających się w sąsiedztwie nerwów, jak blizn, ropienia itp. Inne teoryje jak Brunsa, Reverdina o swoistéj czynności gruczołu tarczykowego, Kochera o braku tlenu, zupełnie nam nie wyjaśniają, dla czego nie wszyscy operowani a raczéj dla czego tylko znaczna mniejszość operowanych objawy charłactwa okazuje. Teoryja zaś Baumgärtnera zupełnie dobrze tłumaczy nam nie tylko tę chorobę następową ale także zaburzenia w unerwieniu krtani i tężyczkę. N. Weiss mianowicie przypuszcza, że tężyczka powstaje w skutek drażnienia podwiązkami nerwu współczulnego a tą drogą ośrodków naczyniowych rdzenia przedłożonego i rdzenia pacierzowego. Tężyczka i następowe zaburzenie w unerwieniu krtani stanowią dalsze dwa powody, które stanowczo przemawiają przeciw całkowitemu wyłuszczeniu. Z 25 chorych u 4 tężyczka wystąpiła, z tych u jednego napady tężyczki znikły a rozwinęło się charłactwo Kochera, jak w przypadku Gussenbauera, u jednego napady jeszcze przez 5 miesięcy po operacyi trwały, u dwóch zaś napady tężyczkowe powoli się zmieniały i przyjmowały charakter napadów epileptycznych. Byłabyto więc czwarta choroba następowa po całkowitém wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego. O ile prelegentowi wiadomo dotychczas nikt jeszcze tego spostrzeżenia nie ogłosił. Przypadki tężyczki wystąpiły 2 razy u mężczyzn, 2 razy u kobiet, dotychczas zaś tężyczkę tylko u kobiet obserwowano (13 przypadków ogłoszonych przez N. Weissa).

Co do porażeń mięśni krtaniowych, to bardzo cenną jest praca Jankowskiego. Ze statystyki jego wypada, że na 620 operacyj 87 razy występuje porażenie mięśni krtaniowych, z tego 65 po całkowitém, a 22 po częściowém wyłuszczeniu wola, a więc mniéj więcéj jak 3 do 1. Ponieważ zaś częściowe wyłuszczenia daleko częściéj się wydarzają, aniżeli całkowite — Liebrecht np. na 303 operacyj podaje 125 całkowitych a 178 częściowych — dla tego przypuścić możemy, że nie 3 ale 4 razy tak często zdarzają się porażenia mięśni krtaniowych po całkowitém jak po częściowém wyłuszczeniu. Zaburzenia te w unerwieniu krtani są albo tylko lekkie, które po kilku tygodniach bez śladu ustępują, albo też głos staje się czysty pomimo istnienia niedowładu albo też są ciężkie długo lub trwale się utrzymujące. Według Jankowskiego było 38 porażeń ciężkich a 49 lżejszych. Z tych 38 ciężkich porażeń 34 wystąpiło po całkowitém wyłuszczeniu, a więc prawie 10 razy tak często ciężkie i trwałe porażenia pojawiają się po całkowitém jak po częściowém wyłuszczeniu. Fakty, iż w niektórych przypadkach głos pomimo istniejącego jeszcze niedowładu stawał się czystym, tłumaczy prelegent tém, iż drugie więzadło zastępczo działa. W przypadkach prelegenta raz wystąpił niedowład przedtém zupełnie zdrowego więzadła, 3 razy wystąpiło pogorszenie, 11 razy głos czysty nie zmienił się po operacyi, 4 razy chrypka istniejąca przed operacyją pozostała nadal, 7 razy głos się wybitnie poprawił. Że zmiany te w unerwieniu nie występują z powodu skaleczenia nerwu wstecznego, o tém jest prelegent zupełnie przekonanym, daleko więcéj prawdopodobném wydaje mu się być twierdzenie Jankowskiego, że zmiany te powstają w skutek oddzielenia naczyniek idących do tego nerwu, a tém samém i złego odżywienia takowych. Następnie mówi prelegent o nowym sposobie operacyi wola o tak nazwanéj resekcyi wola (patrz Przegl. Lek. 1885 Nr. 48) i przychodzi do następujących wniosków:

1) całkowite wyłuszczenie gruczołu tarczykowego należy tylko do wolów złośliwych ograniczyć lub zresztą zupełnie zarzucić.

2) Jeżeli przy wolu niezłośliwym okazuje się wskazaném usunąć obie połowy gruczołu, to można jednę połowę wyłuszczyć, drugą resekować, odpowiedniejszém jest jednak obie resekować.

3) Także w przypadkach, gdzie tylko jednę połowę trzeba usunąć, jest resekcyja téj połowy odpowiedniejszą.

4) Tak wyłuszczenie jako też i resekcyja wola jest tylko w obec groźnych trudności w oddechaniu dozwoloną. Dopóki rozległa statystyka nie wykaże, że tak bezpośrednie jako też

i pośrednie niebezpieczeństwa są znacznie mniejsze po resekcyi wola aniżeli po wyłuszczeniu, dopóty jedno i drugie jest dozwolonem w wyjątkowych tylko przypadkach ze względów kosmetycznych.

Przy téj sposobności prelegent podaje doświadczenia o operacyi wola z ostatnich trzech lat.

Dyskusyją w tym przedmiocie odłożono do następnego posiedzenia.

3) Odczytano pismo Zarządu Biblioteki uniwersyteckiéj wiedeńskiéj wystosowane do Komisyi Balneologicznéj krakowskiéj, z prośbą o nadesłanie sprawozdań z lat: 1879—1881—1883.

4) Odczytano odezwę kol. Marsa do Tow. lek. krak. z prośbą o poparcie w Ministeryjum sprawy podniesienia Zakładu zdrojowego w Krynicy, częścią przez usunięcie wadliwych dotąd urządzeń, częścią przez uskutecznienie tego, czego brak dotkliwie czuć się daje.

Wybrano komisyję złożoną z koll. Rydla, Korczyńskiego i wnioskodawcy, która ma rozpatrzyć sprawę i zdanie swoje przedstawić Tow. lek.

5) Wybrano Komisyję z 12 członków celem zalecenia wyboru urzędników Tow. na rok 1886.

6) Wybrano prof. Cybulskiego czynnym członkiem Tow. lek.

Dr. Dobruchowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w d. 8 bm. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którém po przywitaniu i zaproszeniu do udziału w pracach komisyi przybyłego po raz pierwszy fizyka powiatowego doc. Dra Ponikły, fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w roku 1885. Rachując zamiejscowych, w szpitalach krakowskich zmarłych, zmarło ogółem 2688 osób; w tém mieści się z ospy 7 osób, z odry 136, z płonicy 78, z błonicy 76, z krztuśca 25, z tyfusu brzusznego 48, z gruźlicy 403, z zapalenia płuc 527, z samobójstwa 15 osób: śmiercią gwałtowną przypadkową zakończyło życie 25 osób. Górowało więc tak samo jak i w wielu innych miastach środkowéj Europy zapalenie płuc, gdy ospa zeszła do rozmiarów bardzo nieznacznych, co energicznemu szczepieniu przedewszystkiém przypisać należy. Śmiertelność z chorób zakaźnych była przeszło o 2% mniejszą od średniéj z poprzednich lat dziesięciu. Z początkiem roku 1886 szpitale św. Łazarza i wojskowy notują osobno zmarłych zamiejscowych tak, iż odtąd w myśl uchwały komisyi sanitarnéj można będzie obliczać śmiertelność Krakowa rzeczywistą. — Z powodu poruszenia sprawy sporyszu badano 10 gatunków mąki żytniéj i znaleziono w nich około 0·1% sporyszu. Natomiast nawet najczulszemi próbami nie wykryto nigdy w chlebie krakowskim ani śladu sporyszu. Z tém zgadza się podanie lekarzy krakowskich, którzy nigdy nie widzieli zatrucia chronicznego sporyszem; znają przeto chorobę tę jedynie z opisu. — W myśl okólnika Namiestnictwa porozumiał się fizyk miejski z p. naczelnikiem urzędu cłowego co do dezinfekcyi pakunków nadchodzących z okolic cholerą nawiedzonych a komisarzom obwodowym polecono czuwać nad porządkiem w domach i osobami przybywającemi do hoteli z miejsc epidemiją nagabniętych. — Na zapytanie Magistratu orzeczono, iż uprawa nieczystościami kloacznemi Błonia po lewym brzegu Rudawy nie ma żadnego znaczenia dla zdrowia publicznego w Krakowie, byleby odbywała się w porze zimowéj.— W sprawie podniesienia się poziomu wody gruntowéj w realności Librowskich na Wielopolu zgodzono się ze zdaniem wysłanéj na miejsce podkomisyi, iż odprowadzenie wody do niezasypanéj jeszcze części łożyska Staréj Wisły najlepiéj złemu na teraz zaradzi. — Uchwalenie ostatecznego brzmienia instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia odroczono do następnego posiedzenia, a natomiast wzięto pod obrady projekt rozporządzenia sanitarnego, dotyczącego wychodków, kanałów i dołów kloacznych, wypracowany przez wyznaczoną przedtém podkomisyję, któréj imieniem zdawał sprawę dyrektor budownictwa Niedziałkowski i inżynijer sanitarny Świerzyński. Nader ważny ten dla zdrowia publicznego przedmiot dał powód do obszernéj dyskusyi, skutkiem któréj porobiono w projekcie pewne, zresztą nieznaczne, zmiany. Z powodu spóźnionéj pory dyskusyję przerwano odkładając dokończenie do następnego posiedzenia. — R. m. Dr. Pareński uwiadomił, iż w obydwóch pensyjonatach żeńskich niemieckich trwa nauka bez przerwy od godziny 8 lub 9 rano do 1 a względnie do 2éj po południu i żądał, aby temu zapobiedz ze względu na zdrowie dzieci. Polecono fizykowi miejskiemu, aby w tę sprawę wejrzał i porozumiał się z władzą szkolną o stosowne zaradzenie złemu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 grudnia 1885 do 2 stycznia 1886 umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 18.3. Z odry umarło 6 (2 z. t.); z błonicy 3 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach odry, 1 płonicy. W tygodniu od 20—26 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 5, w Wiedniu 18, w Budapeszcie 6, w Pradze 4, w Rzymie 3, w Petersburgu 4, w Odesie 2. Z duru osutkowego umarło w Pradze i Budapeszcie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 9, w Paryżu 37, w Londynie 11. Z odry umarło w Budapeszcie 17, w Londynie 70. Z płonicy umarło w Berlinie i Hamburgu po 10, w Londynie 18, w Petersburgu 16. Z błonicy umarło w Budapeszcie 13, w Berlinie 47, w Lipsku 9, w Paryżu 47, w Londynie 27, w Chrystyjanii 12. Z krztuśca umarło w Londynie 78, w Liwerpolu 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,4; w Warszawie 30·5; w Wiedniu 27.7; w Budapeszcie 32,6; w Pradze 32,5; w Berlinie 27,9; w Monachowie 32,9; w Lipsku 23,1; w Dreźnie 25,0; w Gdańsku 28,2, w Hamburgu 25,4; w Strasburgu 29,0; we Fryburgu 26,4; w Amsterdamie 23,8; w Bazylei 18,9; w Brukseli 23,4; w Chrystyjanii 17,9; w Kopenhadze 17,5; w Londynie 18,0; w Odesie 33,4; w Paryżu 23,8; w Petersburgu 27,2; w Rzymie 23,4; w Stokholmie 20·5; w Zurychu 23,4. *J. P.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 stycznia. Od czasu nominacyi obecnego p. Ministra Oświecenia zapowiedziano i zapowiadają jeszcze zmiany pewne w rozmaitych departamentach Ministerstwa. Nauczeni smutném doświadczeniem, że po zmianach nie wiele dobrego spodziewać się możemy, doznaliśmy dopiero uspokojenia, gdy referentem spraw uniwersytetów przedlitawskich, a tém samém i naszych, pozostał nadal dotychczasowy referent p. radzca dworu Dr. David, otrzymawszy nawet większy niż dotąd zakres działania. Winszujemy p. Referentowi tego sukcesu, ale winszujemy go i sobie. Radzca dworu David zna od lat wielu najdokładniéj stosunki i potrzeby naszego Uniwersytetu, i wolen od uprzedzenia zawsze w miarę możności starał się, aby uprawnionym naszym życzeniom czynić zadość. Składa on dowody wielkiéj życzliwości dla naszego Uniwersytetu w sprawie budowy klinik i zakładu patologicznego; dowodem zaś jego pieczołowitości o dobro Wydziału naszego jest świeża nominacyja profesora fizyjologii, z niezwykłą szybkością po usunięciu wszystkich trudności przeprowadzona, a uznaniu zasług w tej mierze p. Referenta dał wyraz dziekan na 1ém posiedzeniu tegoroczném Wydziału. Mamy otuchę, że Mąż tyle zasłużony dla Uniwersytetu naszego nie przestanie być i nadal życzliwym jego orędownikiem, a tych kilka słów uznania i prawdziwéj wdzięczności, wypowiedzianych w organie lekarzy galicyjskich i krakowskich, niechaj Mu służą za dowód, że Polacy umieją być wdzięcznymi dla tych, którzy im sprawiedliwości nie odmawiają.

* P. Minister Oświecenia udał się naprzód na inspekcyję do Insbruku, a następnie do Pragi czeskiéj.

* Na posiedzeniu Tow. lek., odbytém we środę, prof. Obaliński omówił nową przez siebie podaną metodę podniesienia nosa zapadniętego i przedstawił chorą w ten sposób od oszpecenia uwolnioną. Następnie urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z czynności naukowych i administracyjnych w ciągu roku 1885.

* Prof. E. Hofmann wybrany został zastępcą przewodniczącego w Radzie najwyższéj sanitarnéj w Wiedniu.

* **Nekrologija.** W Kijowie umarł nagle w 79 roku życia Dr. Julijusz Matzon, b. profesor anatomii patologicznéj, lekarz

szpitala miejskiego, radzca tajny, dawniéj uwielbiany przez swych uczniów nauczyciel i przewodnik. (*Medycyna*). — W Rzeszowie umarł Dr. Karol Komarnicki w 70 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w [illegible] lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 2: Neugebanera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy.

Piśmiennictwo lekarskie. GALLOIS. Des pyémies de cause interne etc. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 2½.

GRÜNFELD J. Die Lokalbehandlung bei Syphilisformen. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. — 75.

GUÉNEAU de MUSSY N. Etude sur l'hygiène de Moïse et des anciens Israélites. 8 Paris, Delahaye et L 75 c.

GUYON F. Leçons clin. sur les maladies des voies urinaires. 2 éd. Av. 49 fig. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 16.

HEITZMANN C. Die descriptive u. topographische Anatomie des Menschen in 600 Abbildungen 3 Aufl. 4 Lfg. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 6. — (1—4: M. 20).

HIRSCHBERG J., Der Electromagnet in der Augenheilkunde. Mit 17 Abb. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 4. —

HUEPPE F., Die Methoden der Bacterien-Forschung. Mit 2 col. Taf. u. 31 Holzschn. 2 Aufl. gr. 8. Wiesbaden, Kreidel. M. 5. 40.

LANGER C. v., Lehrbuch der systematischen u. topographischen Anatomie. 3. Aufl. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 14 —

MAAS O., Die „Schweninger-Kur" u. Entfettungskuren im allgemeinen. 6. Aufl. gr. 8. Berlin, Steinitz et Fischer. M. 1. 50.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20go b. m. o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. Rosner Jan opisze z kliniki prof. Madurowicza przypadek zakończenia odbytnicy w pochwie, będącego przyczyną niepomyślnego przebiegu porodu, poczém 2) kol. Prus mówić będzie o leucynie we krwi bielicowéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Miasto Baranów nad Wisłą położone, oddalone od Tarnobrzegu 15, od Mielca zaś 26 klm. z powodu odumarcia lekarza miejskiego rozpisuje niniejszém konkurs na posadę lekarza miejskiego Dra Medycyny z roczną pensyją 200 złr. oględziny zmarłych i bydła na rzeź przeznaczonego. Obszerna i pewna praktyka w bogatéj okolicy dla braku lekarzy zapewniona.

Termin podań na ręce podpisanéj Zwierzchności miejskiéj do 15 Lutego 1886.

Burmistz
Kraus.

Z wiosną otwartym zostanie Zakład wodoleczniczy w Styryi. Potrzebnym tamże jest lekarz Polak, któryby z tą gałęzią terapii praktycznie był obeznany i posiadał pewne wiadomości z elektroterapii

Uprasza się o nadsełanie listów do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor.. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1⅟₂ „	4 „	6 „

Kraków 23 stycznia 1886. № 4. Rok XXV.

I. O krążeniu krwi w komorce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

7) Układ tętniczy i limfatyczny komórki zwojowéj.

Przy wielkiém powiększeniu można w nastrzykniętych tworach jeszcze następujące szczegóły rozróżnić:

Ze splotu naczyniowego, który tworzy około zwojowéj torebki rodzaj wieńca, wychodzi naczyńko, które naczyniem dowodzącém (*Vas afferens)* chcę nazywać i rozszerza się tutaj w błonę torebkowatą, która komórkę zwojową otacza. W inném miejscu niestałém zwykle, ale nie zawsze, w bliskości naczynia dowodzącego odchodzi drugie naczyńko, które jak późniéj zobaczymy, ma znaczenie naczynia odprowadzającego (*Vas efferens*) i które opuszczając wyżéj wspomniany uchyłek zwojowy, wlewa się do wieńca naczyniowego torebkę otaczającego. Jedno z tych naczyniek bywa zwykle o wiele cieńsze aniżeli drugie, z których grubsze uważam za doprowadzającą, cieńsze zaś za odprowadzającą tętnicę, opierając się na analogii unaczynienia w kłębkach Malpighiego.

Przestrzeń utworzona pomiędzy ciałem zwojowém z jednéj a uchyłkiem zwojowym otaczającym go z drugiéj strony i wydłużająca się w dopiero co opisane naczynia, jest często zupełnie a nie rzadko tylko w części masą injekcyjną napełniona. Szczególnie w drugim razie przedstawia się najwyraźniéj cały układ dopiero co opisany.

W ostatnim przypadku najwięcéj téj masy pomiędzy zwojami i błoną workowatą w tych miejscach widzieć można, które są najbliższe miejsca wstępu i wyjścia obydwóch naczyń. Masa injekcyjna ma wtenczas zwykle kształt kielicha, w którego zagłębieniu siedzi sam zwój jak żołądź w swéj łupince, jako dowód, że przestrzeń wolna znajdująca się pomiędzy zwojem a jego osłonką w miejscu wejścia i wyjścia naczyń jest największą lub przynajmniéj tam masie injekcyjnéj najmniejszy opór stawia.

Nie jest teraz rzeczą trudną w têm naczyniu dowodzącém i odwodzącém i w ich wspólnym komórkę zwojową otaczającym uchyłku zwojowym rozpoznać znowu błonę zwojową z jéj obydwoma wyrostkami.

Z tego więc wynika, że to cośmy poznali jako błonę zwojową i jéj wyrostki, nie jest niczém inném jak aparatem naczyniowym zwoju.

Poznaliśmy więc dla zwoju właściwe dotychczas zupełnie nieznane unaczynienie. Każda komórka zwojowa ma swą własną tętnicę dowodzącą, która z wieńca naczyniowego wychodzi. Tętnica ta kończy się ślepo woreczkowatém rozszerzeniem. W świetle tego rozszerzenia znajduje się komórka zwojowa. Woreczek sam ma drugie odprowadzające tętnicze naczyńko *(Vas efferens*), które stoi w związku z wieńcem naczyniowym torebki, a w ten sposób z ogólną siecią krwionośną ciała.

Tam gdzie, jak wspomniałem torebka zwojowa w całości jest nastrzykniętą, jest widocznie błona zwojowa w skutek ciśnienia masy rozdarta torując jéj drogę do przestrzeni torebkowéj.

Poznawszy w uchyłku zwojowym i jego wyrostkach narząd naczyniowy zwoju, możemy także łatwo odnaleźć znaczenie torebki zwojowéj wraz z jéj obydwoma rurkowatemi przedłużeniami, które, jak widzieliśmy, przedłużenia uchyłku zwojowego otaczają. Jeżeli tedy te są naczyniami a wśród nich zamknięta przestrzeń światłem naczyniowém, to otaczające je przedłużenia torebki zwojowéj tworzą t. zw. „pochewki okołonaczyniowe“ (*perivasculäre Scheiden)*, a pomiędzy ścianami naczyniowemi a temi pochewkami znajdujące się walcowate przestwory przestworami limfatycznemi. Teraz stoi torebka zwojowa do uchyłku zwojowego w tym samym stosunku jak wyrostki torebki zwojowéj do wyrostków uchyłka zwojowego. Torebka zwojowa przedstawia się więc jako pochewka limfatyczna ciała zwojowego, a jéj przestwór

jako przestwór limfatyczny tegoż. Z tego wynika, że uchyłek zwojowy wraz z jego wyrostkami nie jest niczém innêm jak tylko zmodyfikowanym narządem naczyniowym, którego centrum utworzone jest przez komórkę zwojową.

O istocie krążenia w tym aparacie daje wyobrażenie szczegółowe zachowanie się naczynia dowodzącego i odwodzącego.

Najczęściéj przebiegają obydwa naczyńka, których związek z większym pniem naczyniowym łatwo wykazać można, obok siebie i są przy uchyłku naczyniowym zwój zawierającym tuż obok siebie ułożone. Wyjątki jednak od téj reguły nie są wcale rzadkie. A właśnie te wyjątki wyjaśniają nam najlepiéj właściwą cechę krążenia zwojowego.

Szczególnie często zdarza się, że obydwa wspomniane naczyńka znajdują się na przeciwnych punktach, niejako przeciwnych biegunach uchyłka. A zachowanie się to jest tylko anatomicznym wyrazem tego faktu, że naczynia dowodzące i odwodzące nie są jakiemiś dwoma z natury odrębnemi aparatami, lecz że obydwa razem są tylko jednym pniem naczyniowym, który w swéj regularnéj formie przerwanym jest przez pęcherzykowate rozszerzenie.

Że rzeczywiście rzecz się ma tak, jak przypuszczałem, da się wykazać w następujący sposób:

Przedewszystkiém aparat ten nastrzykuje się z tętnic, podczas gdy nastrzykanie z żył, jak późniéj wykażę, zupełnie inne daje wyniki. Następnie naczyńka stoją w ścisłym związku z pniem naczyniowym tętniczym, który według wyniku porównawczego nastrzykania tętnic i żył, jak późniéj wykażę, tylko za tętnicę uważaną być może. Wreszcie krąży w nim krew, która opuściwszy zwój przez naczynie odwodzące często jeszcze wprost d o i n n é j k o m ó r k i z w o j o w é j d o p ł y w a i n a t u r a l n i e s ł u ż y d o j é j o d ż y w i a n i a, m u s i w i ę c z a t é m b y ć t ę t n i c z ą.

W ten sposób istnieją całe szeregi komórek zwojowych za pomocą naczyniek w łańcuchy ze sobą połączonych, w których naczynie odprowadzające jednéj komórki zwojowéj odgrywa rolę naczynia dowodzącego dla drugiéj i widocznie téj drugiéj komórce tę samą krew doprowadza, która pierwszą już odżywiła.

Jeżeli więc ta sama krew, ktora odżywiła jeden zwój, dopływa jeszcze do innych komórek zwojowych, to jestto dobitnym dowodem, iż aparat ten prowadzi krew do odżywienia przeznaczoną a zatém tętniczą. Oprócz tego w inny jeszcze i bardzo rozmaity sposób wymiana krwi pomiędzy pojedynczemi zwojami i ich naczyniami przychodzi do skutku. Jeżeli więc, jak widzieliśmy, przez naczynie doprowadzające krew t ę t n i c z a do zwoju d o p ł y w a i gdy przez naczynie odprowadzające go opuszcza z n o w u krew t ę t n i c z a, to widocznie naczynie dowodzące, odwodzące i rozszerzenie ich, to znaczy uchyłek, przedstawiają jeden pień, tętnicę zwojową.

Okoliczność, że jak wspomnieliśmy, naczynie odprowadzające zwykle jest węższe niż doprowadzające, daje nam poznać właściwość tętniczego prądu zwojowego, która już z nerki jest znaną.

Gdy krew tętnicza zwój opuszczająca wchodzi we względnie węższe łożysko, to musi, podobnie jak krew w kłębku Malpighiego, przed naczyniem odwodzącém doznawać oporu w krążeniu i przez to odpływ swój opóźniać.

Łatwo zrozumieć, że w skutek tego wchodzi ona ze zwojem w ściślejsze zetknięcie się i łatwiéj do odżywienia tegoż zużytkowaną być może. A do jakiego stopnia prąd w tętnicy w otoczeniu komórki zwojowéj musi być powstrzymanym, na to daje pewną miarę wąskość odprowadzającego naczyńka.

Światło jego nie wynosi zwykle więcéj nad jedną dziesięcio do dwudziestotysiączną część millimetra. Należy więc do najmniejszych naczyń ściany posiadających, jakie dotychczas znamy.

8) Ż y ł y m i ę d z y k r ę g o w e g o o b s z a r u s p l o t u b a r k o w e g o.

Układ naczyniowy żylny komórki zwojowéj odnalazłem w następujący sposób:

Obok tętnicy kręgowéj przebiega, jak wiadomo, w kanale utworzonym przez otwory poprzeczne sześciu górnych kręgów szyjnych, pojedynczy pień żylny, w którym się zbiera krew pochodząca z obszaru tętnicy kręgowéj. Ponieważ do obszaru tego, jak doświadczenia moje wykazały, należą także zwoje międzykręgowe szyi, spodziewać się więc mogłem przez szczęśliwe nastrzykanie wykryć także układ żylny w zwojach międzykręgowych i ich elementach.

Wyjmowałem w tym celu z trupów ludzkich część szyjną kręgosłupa, przy zupełném zachowaniu wyrostków poprzecznych i do tychże przyczepionych części miękkich, podwiązywałem żyłę przykręgową na górnym końcu kanału poprzecznego i nastrzykiwałem je od dołu klejem, zabarwionym rozpuszczalnym błękitem pruskim. Następnie po wyjęciu z kanału kostnego zwojów międzykręgowych i stwardnieniu ich badałem je pod mikroskopem. Po wielu nieudanych i cierpliwość na twardą wystawiających próbę nastrzykiwaniach udało mi się wreszcie dotrzeć do właściwego stanu rzeczy.

9) U k ł a d n a c z y n i o w y ż y l n y w z w o j a c h m i ę d z y k r ę g o w y c h.

Żyły tworzą w podścielisku zwoju międzykręgowego gęstą siatkę, któréj charakter różni się wielce od charakteru siatki tętniczéj.

Siatka p r ą d u t ę t n i c z e g o zwoju, któréj ogólny opis dopieroco podałem, rozpada się, jak wspomniałem, na pojedyncze obręby, a w każdym z nich krótki pieniek główny daje początek znacznéj liczbie długich cienkich już to smukłych, już téż pokręconych gałęzi, które późniéj jeszcze w gałązki się rozpadają. Przez to pieniek taki razem ze swemi gałązkami, jak już wyżéj wspomniałem, posiada wejrzenie krzewu. Podobieństwo to bywa tém większe, że tętniczo nastrzyknięte komórki zwojowe na gałązkach krzewu jak owoce, a w szczególności jak czerwone jagody wiszą.

Sposób rozpołożenia ż y ł w tkance podstawowéj zwoju jest odmienny. Tutaj nie ma pojedynczych obrębów, nie ma pieńków krzewiasto rozgałęziających się, nie ma wreszcie pni odznaczających się od reszty sieci.

Żyły zwojów międzykręgowych tworzą raczéj siatkę mniéj lub więcéj jednostajną i wszędzie równą.

Siatka ta tworzy wszędzie oczka, które mogą być rozmaitéj wielkości, lecz nie mają charakterystycznych odmian i nadają obrazowi wejrzenie monotonne. Zwykle leży w każdém oczku komórka zwojowa. Nie jestto atoli regułą, a tu i tam krzyżuje się czasem jakaś komórka z żyłą.

Jak wielkość oczek, tak waha się i szerokość tworzących je żył. I właśnie ta wielka różnica w szerokości, przy tém znaczne pokręcenie i nieregularność konturów są także w oczy wpadającemi właściwościami, za pomocą których odróżniają się żyły od tętnic. (C. d. n.)

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Na szczęście drenowanie jamy otrzewny staje się zazwyczaj zbyteczném, jak to już poprzednio nadmieniłem, a tam, gdzie mogłoby oddać cenne usługi, tj. przy odprowadzeniu wydzieliny przyrannéj z ognisk martwych miednicy, zastósowane sposobem zwykłym zawodzi niestety w zupełności. Z tych powodów usiłowano już oddawna przeinaczyć w odpowiedni sposób drenowanie miednicy w powyższych przypadkach laparotomij. Już Köberlé, Keith i Sp. Weiıs zakładali z rany brzusznéj sączki szklane szerokiéj miary i wydalali wydzielinę ranną co 2—4 godzin w pierwszych dniach za pomocą strzykawki lub za pomocą często zmienianych gąbek, w które wsiąkała wydzielina. Hegar i Kaltenbach drenowali z pomocą osobnego urządzenia równocześnie przez powłoki brzuszne i przez pochwę, a w ostatnich czasach zalecał Hegar (W. Wiedow. *Die Drainage der Bauchhöle und das Bauchspeculum. Berl. Klin. Wochschr.* 1884. Nr. 39) użycie sączków z kauczuku twardego lub szkła, mających w świetle 3—5 cm. szerokości, a więc prawie tak grubych, jak wzierniki pochwowe. Tak gruba rura, długości 18 cm. mająca, zostaje wprowadzona przy laparatomijach przez ranę brzuszną, przy wyłuszczeniu macicy zaś przez pochwę do jamy Douglasa i wypełniona gazą jodoformową, którą zmienia Hegar pierwszego dnia co godzina, następnego co dwie godziny, późniéj co cztery godziny i t. d. Postępowanie to bez porównania żmudniéjszém każdemu się wyda od sposobu, podanego przez Köberlego, a jeśli nadto zważymy, że w jednym przypadku wcisnęła się pętla jelita do szerokiéj rury i mimo użycia tego rodzaju sączka rozwinęło się śmiertelne zapalenie otrzewny, naówczas trudno zachwycić się myślą powziętą przez Hegara. Jedyną w niéj zaletą jest użycie gazy jodoformowéj, która na podstawie włosowatości chłonie wydzielinę rany i usuwa ją na zewnątrz. Korzystając z tych własności gazy jodoformowéj, użyłem jéj również do włosowatego drenowania w sposób, który późniéj bliżéj opiszę. Wspomniałem już poprzednio, że również postępowanie Bardenheuera, który zakłada cały system sączków kauczukowych, a nawet wszywa w miednicę sieć kauczukową lub z katgutu utkaną, nie usuwa przeszkody w odpływie wydzieliny na zewnątrz.

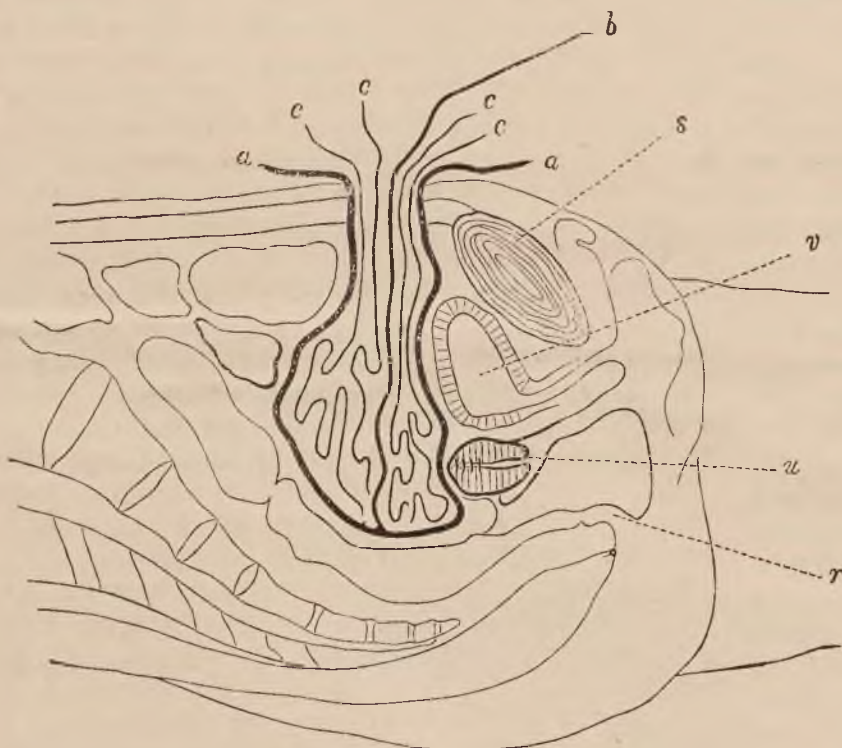
Skoro najróżnorodniejsze odmiany drenowania okazały się nietylko zbyt skomplikowane, lecz nadto wcale nie skuteczne, starano się ogniska martwe, powstające w miednicy, odgraniczyć przedewszystkiém od jamy otrzewny, a następnie drenować je od zewnątrz, jak każdą ranę, leżącą poza otrzewną. Do osiągnięcia zasady téj, rzeczywiście nader słusznéj, zmierzały przedewszystkiém usiłowania wyłuszczenia podotrzewnowego guzów usadowionych w tkance łącznéj miednicy i wytworzenia z ich powłoki otrzewnowéj worka. Koniec worka wszyty w ranę brzuszną, z tego miejsca zaopatrzony był sposobem zwykłym w sączki gumowe. Postępowanie to, podane naprzód przez Minera, Péana i Billrotha, znajduje dzisiaj zastósowanie u przeważnéj liczby chirurgów w ogóle tam, gdzie przeprowadzenie jego jest możebném. Olshausen zaleca prócz oddzielenia powłoki otrzewnowéj również odłuszczenie zewnętrznéj, zbitéj blaszki ze ściany guza, która wraz z powłoką otrzewnową ma służyć do wytworzenia worka, a Schröder pozostawiał dawniéj przy torbielach nawet część ściany torbielowéj. W ostatnich czasach wyłuszcza Schröder również, o ile to jest możebném, guz z pod otrzewny, jednak nie ustala i nie drenuje worka z rany brzusznéj, lecz zaszywa go w zupełności szwem jednociągłym z katgutu, oddzielając w ten sposób jakby przeponą ognisko martwe od jamy brzusznéj. Worek zostaje w zupełności zamknięty, lub téż zaopatrzony jest w sączki przez pochwę.

W przypadkach, gdzie worek otrzewnowy tworzyć się nie da, starano się sąsiednią otrzewnę naciągnąć, aby przez to pokryć ranę w miednicy niejako płatem otrzewnowym, lub przynajmniéj odgraniczyć ją od jamy otrzewny. Tak poczynali Péan, Köberlé i Schröder, Hegar zaś powlekał ranę paskami *silk protective,* które wsuwał głęboko w miednicę.

Wyliczone środki, jakkolwiek w wielu razach pomyślnym uwieńczone skutkiem, nie są przecież niezawodne, a również nie wszędzie mogą wchodzić w użycie. W nie małéj liczbie przypadków oddzielenie rany w miednicy od jamy brzusznéj za pośrednictwem powłoki otrzewnowéj jest niemożliwém, a choćby nawet się udało, to otrzewna ochronioną jest tylko od bezpośredniego niebezpieczeństwa ogniska martwego, którego obecność pod otrzewną może sprowadzić w następstwie septyczne zapalenie tkanki łącznéj, za którém znowuż *per contiguum* rozwinąć się może zapalenie otrzewny. Zaopatrzenie sączkami powyższego martwego ogniska, po za otrzewną położonego, łagodzi znacznie jego grozę, lecz nie znosi w zupełności niebezpieczeństwa, jak to poświadcza statystyka Schrödera. Drenowanie podobnego przestworu podotrzewnowego nie odznacza się wcale pewnością skutku, gdyż takowy znachodzi się pod względem mechanicznych i statycznych stosunków dla odpływu wydzieliny w tych samych niekorzystnych warunkach co i cała jama brzuszna; opatrunek uciskowy nie zdoła również ztąd, podobnie jak z innych części jamy brzusznéj, wydalić wydzieliny przyrannéj. Nawet, gdy sączki skierowane są do pochwy, drenowanie nie zyskuje na pewności, gdyż zagłębienie odbytnicowe, względnie jama Douglasa, niżéj leży w położeniu na wznak od sromu i dla tego przyjdzie tu zawsze do nagromadzenia się wydzieliny. Przy drenowaniu przez pochwę zachodzi nadto niebezpieczeństwo zakażenia następowego od zewnątrz, które miało miejsce w dwóch przypadkach Schrödera i skończyło się zejściem śmiertelném. Nader skutecznym jest sposób, którego użył Küster z korzyścią w jednym przypadku. Pokrywszy płatem otrzewny ranę w miednicy wypełnił gazą jodoformową tak powstałą przestrzeń podotrzewnową, któréj otwór uchodził w ranę brzuszną. Ze względu, że pomysł Küstera, nie dający się zresztą wszędzie zastosować, przedstawia wielkie podobieństwo do postępowania mojego, omówię zalety tegoż dopiero po wyłuszczeniu sposobu, użytego przezemnie.— Co do mnie obrałem następującą drogę w przypadkach, gdzie po operacyi powstaje większa rana w miednicy. Kawał jednowarstwowy gazy jodoformowéj 30%, wielkości średniéj chustki kieszonkowéj, przewleczony w środku silną i dość długą nitką jedwabiu aseptycznego, zostaje zanurzony w 5% kw. karbolowym jeszcze przed operacyją, przy któréj należy się spodziewać powikłań w jamie miednicy. W chwili ukończenia śródbrzusznego aktu operacyi należycie wyciśnięty powyższy kawał gazy jodoformowéj zostaje ułożony w formie kapczuku tytuniowego, tak, że nitka jedwabiu leży w pośrodku i wol-

nym końcem zwisa z szyi worka, podczas gdy jéj koniec dolny przyszyty zajmuje najniższy punkt worka.

Za pomocą prostych, lub co lepiéj krzywych kleszczy wsuwam dno worka w głąb jamy rannéj usadowionéj w miednicy aż do najniższego jéj punktu i wypełniam następnie część worka, ułożoną w miednicy całkiem luźno 2—5 długiemi paskami gazy jodoformowéj, tak, aby ściany jego przylegały wszędzie do powierzchni rannéj w miednicy. Szyja worka, zamykająca w swém wnętrzu końce pasków z gazy jodoformowéj, wystercza z dolnego kąta rany brzusznéj, któréj ciąg dalszy w zwykły sposób przez szew zostaje spojonym. Wystające na zewnątrz końce worka i pasków, przyczém uważać należy, aby nie były za krótkie, rozściela się na płask i pokrywa opatrunkiem przeciwgnilnym, który otacza opaska uciskająca cały brzuch. Zamieszczona Fig. I. uzmysławia położenie worka w jamie miednicy po zamknięciu rany brzusznéj.



S. *Symphysis* — *a a* Worek z gazy jodoformowéj.
v. Pęcherz. — *b* nitka jedwabna.
u. Kikut macicy po amputacyi nadpochwowéj.
r. Odbytnica. — *cccc* paski gazy jodoformowéj.

Otwór w dolnym kącie rany brzusznéj, gdzie tkwi szyja worka, nie może być za wąski, gdyż gaza jodoformowa winna luźno tylko zalegać między płas czyznami cięcia w ścianie brzusznéj, aby wydzielina z głębi się wydobywająca mogła swobodnie odpływać. W razie zaciśnięcia szyi worka przez brzegi rany brzusznéj może przyjść łatwo do zatrzymania się wydzieliny.

Worek wysłany gazą jodoformową spełnia trojakie zadanie:

1. Drenuje dokładnie i niezawodnie ranę jamistą w miednicy. Część worka bowiem stykająca się z powierzchnią ranną wsysa bezpośrednio wydzielinę, która wznosząc się na mocy działania włosowatości aż do szyi worka zostaje wydaloną na zewnątrz. We wszystkich przypadkach, które w ten sposób, leczyłem odpływała istotnie na zewnątrz spora, częstokroć nawet bardzo znaczna ilość rzadkiéj wydzieliny surowiczéj, krwawo ubarwionéj w ciągu pierwszych 24—48 godzin, tak że niejednokrotnie już po kilku godzinach nietylko opatrunek, lecz i prześcieradło silnie przemokło.

2. Worek z gazy jodoformowéj utrzymuje ranę jamistą w stanie aseptycznym, co powtóre zabezpiecza nas od wybuchu zapalenia otrzewny i tkanki łącznéj w miednicy. Nawet w tych przypadkach powikłanych, gdzie w czasie wyłuszczenia guza z jamy miednicy, jelito lub pęcherz doznały uszkodzenia nieprzewidzianego, przez co rana uległa groźnemu zakażeniu, można jeszcze liczyć przy powyższém postępowaniu na przebieg aseptyczny, podczas gdy inne sposoby nie są w stanie zapobiedz septycznemu zapaleniu otrzewny w miednicy. Jak poświadczą historyje chorych, które wkrótce załączę, w żadnym z moich przypadków nie rozwinął się proces septyczny lub postępowy ropny z rany wytworzonéj w miednicy, a wszystkie w ten sposób zaopatrzone przypadki ciężkich o w a r y j o t o m i j i m y o m o t o m i j doznały zupełnego uleczenia. Tylko w jednym przypadku rozlanego gruczolaka macicy *(adenoma papillosum)* rozwinęło się po operacyi septyczne zapalenie otrzewny, wychodzące z górnego otworu miednicy, które przyprawiło chorą na drugi dzień o życie. Przypadek ten jednak był jeszcze w wielu innych względach tak powikłany, że nie mam najmniejszego powodu do przypuszczenia, iż zapalenie otrzewny poczęło się tu z małéj względnie rany jamistéj, wyścielonéj gazą jodoformową. Oględziny pośmiertne wykazały między innemi, że jeden jajnik (pozostały) przeobrażony był oddawna w worek ropiasty wielkości jaja kurzego, zkąd prawdopodobnie wzięło początek zapalenie otrzewny.

3. W opisany wyżéj sposób postąpić można w każdym przypadku, bez względu na to, czy udaje się wytworzenie worka z torebki lub powłoki otrzewnowéj guza czy téż natrafia na przeszkody. W pierwszym razie należy przedewszystkiém wszyć worek z otrzewny w dolny kąt rany brzusznéj i dopiero następnie wypełnić go workiem z gazy jodoformowéj. Jeśli zaś powierzchnia ranna w miednicy pozostaje bez pokrycia, tak że całkiem swobodnie łączy się z jamą otrzewny, wówczas worek z gazy jodoformowéj zastępuje bezpośrednią powłokę rany, a szyja jego wolna w tym wypadku przebiega przez jamę otrzewny ku ranie zewnętrznéj, otoczona częściowo lub całkowicie trzewami, okrytemi prawidłową otrzewną. W podobnych razach wypełnia worek z gazy trzeci z rzędu cel, tj. odgranicza ranę miednicy od jamy otrzewny. Jak każde ciało obce wywołuje on wszędzie tam zrosty, gdzie styka się z prawidłową otrzewną, w następstwie czego przychodzi rychło do wytworzenia się otorbionéj jamy, obejmującéj worek z gazy. Okoliczność ta upraszcza nader dalszy przebieg tychże przypadków.

Następowe leczenie streścić się daje w ogóle w sposób następujący. W ciągu pierwszych 48 godzin, kiedy rana wydaje największą ilość wydzieliny, worek z gazy wraz z treścią pozostaje nietknięty; co najwyżéj wolno zmienić opatrunek zewnętrzny, jeśli uległ zupełnemu przesiąknięciu wydzieliną. W każdym razie lepiéj będzie, jeżeli można, zaniechać wszelkiego działania, aby przez to nie zakłócać spokoju brzucha, niezbędnego dlań w tym czasie. Po 48 godzinach można już zazwyczaj wydobyć wszystkie paski gazy wprowadzone do worka, co łatwo da się uskutecznić przez ostrożne wyciąganie pojedynczych kawałków. Skutkiem ucisku nasuwających

się w to miejsce trzew, zapadają się zaraz ściany worka, w którego szyję wprowadza się teraz dla wszelkiego bezpieczeństwa dren średnicy małego palca i długi na 5—6cm. stosownie do grubości powłok brzusznych; inaczéj łatwo mogłoby nastąpić obciśnięcie szczelne szyi worka przez brzegi rany zewnętrznéj, a przez to zastój wydzieliny następowo jeszcze z głębi wyciekającéj. Przez dalsze 2—3 dni opatrunek pozostawia się znowu bez zmiany. Piątego lub 6 dnia od operacyi, t. j. w czasie kiedy wydzielina przy prawidłowym przebiegu opadła *ad minimum*, zostaje usuniętym cały worek z gazy jodoformowéj. Bez trudności udaje się to przy pomocy nitki jedwabnéj umocowanéj na dnie worka (fig. I, *b*). Pociągając bowiem ostrożnie za nitkę jedwabiu, odczepia się najprzód punkt najniżéj położony, a przy dalszém ciągnieniu wynicowuje się cały worek i bez znacznego szarpania oddziela się od przylegającéj doń powierzchni rannéj. Po usunięciu całego worka wprowadza się na jego miejsce sączek silny, 8—12cm. długi, który przy następnych zmianach opatrunku, w miarę jak wydzielina się zmniejsza, ulega skracaniu lub zupełnemu oddaleniu. W kilku przypadkach mogłem już w przeciągu kilku dni w zupełności sączek usunąć, gdyż bardzo skąpa tylko ilość wydzieliny śluzowo-surowiczéj przesiąkała do opatrunku; rana jamista bez ropienia zaciągnęła się przez rychłozrost. W innych razach dołączało się małoznaczne ropienie krótkotrwające, przyczém jednak gojenie rany bynajmniéj nie doznało upośledzenia, a jama zasklepiała się w tych przypadkach zazwyczaj w drugim albo trzecim tygodniu. W jednym tylko przypadku, przebiegającym zresztą bez zaburzeń, utrzymywała się przetoka, bardzo mało wydzielająca, która zwolna tylko pomniejszając się, jeszcze w trzy miesiące po operacyi nie uległa zabliźnieniu.

Obecnie przystąpię do skreślenia przebiegu choroby odpowiednich przypadków. (C. d. n.)

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

I. Etyjologija dyfteryi.

Dyfteryja występuje albo sporadycznie od czasu do czasu, zwłaszcza w okolicach będących ulubioną jéj siedzibą, albo téż epidemicznie i zrządza w niektórych krajach, jak np. na Podolu i wschodnich powiatach Galicyi, ogromne spustoszenia, szczególniéj między dziatwą włościańską i żydowską. Jak olbrzymia ilość dzieci zapada rok rocznie na tę morderczą chorobę jedynie tylko w naszym kraju, wywnioskować możemy z dat statystycznych zebranych z lat 5, tj. od r. 1878 do r. 1882[1]). I tak w r. 1878 umarło z błonicy i dławca osób 18.489 (sprawdzono urzędownie chorobę tę w 388 miejscowościach 43 powiatów w 14.342 przypadkach z śmiertelnością 47·6%); w r. 1879 umarło 13.335 osób (sprawdzono w 318 miejscowościach 49 powiatów w 8.397 przypadkach z śmiertelnością 46·7%), w r. 1880 umarło 15.387 (sprawdzono w 217 miejscowościach 44 powiatów w 5.620 przypadkach z śmiertelnością 45·5%), w r. 1881 umarło 15.764 (sprawdzono urzędownie w 166 miejscowościach 44 powiatów w 3.472 przypadkach z śmiertelnością 40%), a w r. 1882 zmarło z powodu błonicy 16.975 osób (sprawdzono zaś chorobę tę w 162 miejscowościach 44 powiatów w 3.845 przypadkach z śmiertelnością 38·8%).

Z cyfr przytoczonych wynika, że w tych 5 latach w Galicyi umierało jedynie skutkiem błonicy i dławca blisko 16.000 rocznie osób (razem 79.950), a obliczając średnio śmiertelność tylko na 40%, musimy przypuścić, że zatém rocznie zapadało na dyfteryję koło 40.000 osób. Lubo urzędownie nie zdołano sprawdzić wszystkich przypadków, to jednak już cyfry powyżéj wyszczególnione w przeciągu tych lat 5 podają poważną sumę 35.676 sprawdzonych przypadków z przerażającą cyfrą śmiertelności 16.148 czyli 45·1%. Główną zaś siedzibą dyfteryi w kraju naszym są powiaty wschodnie, położone w sąsiedztwie Bukowiny i Podola rosyjskiego [1]), powiaty wprawdzie dość ludne i bogate pod względem obfitych plonów żyznéj ziemi, lecz w porównaniu z zachodnią częścią Galicyi stojące na bezsprzecznie niższym stopniu cywilizacyi, co się odbija w sposobie życia włościan, w ich mieszkaniach, przeważnie bardzo nędznych, ciasnych i przeludnionych, w nędznym sposobie żywienia się i zabobonach stojących na przeszkodzie w wypełnianiu najprostszych i najracyjonalniejszych zarządzeń tamujących szerzenie się chorób zaraźliwych.

Pod względem ilości przypadków śmierci, jaką kraj nasz w ofierze składa temu strasznemu Molochowi naszych czasów, przoduje również Galicyja innym krajom Rzeszy rakuskiéj; jeżeli bowiem uwzględnimy wspomniane powyżéj pięciolecie od r. 1878 do 1882 i obliczymy śmiertelność z powodu błonicy w stosunku do 100.000 mieszkańców, to na Galicyję przypada cyfra między 341 a 225, podczas gdy na Tyrol i kraj przedarulański przypada zaledwie cyfra między 29 i 102. Pod tym względem najbardziéj do Galicyi zbliżonemi są kraje należące do Cislitawii: Kraina z cyframi 160 i 372 i Styryja z 117 i 266, a przewyższa wszystkie Bukowina, pod wielu względami jeszcze niżéj stojąca od Galicyi, z cyframi 2162 w r. 1878, 842 w r. 1879 i 405 w r. 1882. Dla uzupełnienia tego nudnego wprawdzie, lecz pouczającego szeregu cyfer dodam w końcu, że liczba przypadków śmierci notowana urzędownie w powyższém pięcioleciu w połowie cislitawskiéj monarchii rakusko-węgierskiéj waha się między 36.648 (r. 1881) a 56.973 (r. 1878), i że w ogóle dyfteryja z pomiędzy zwykłych chorób zakaźnych rok rocznie największą liczbę ofiar pochłania (*Statistik des Sanitätswesens der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder*. 1878, 1879, 1880, 1881, 1882).

Co do wpływów klimatycznych i tellurycznych i oddziaływania ich na rozszerzenie się dyfteryi, to muszę nadmienić, że dyfteryja pojawia się we wszystkich zakątkach ziemi, i to tak w krajach zimnych jak i ciepłych, jak to już i rys historyczny pojawiania się téj choroby udowadnia, jednakowoż przyznać należy, że strefa umiarkowana jest najulubieńszą jéj siedzibą, podczas gdy w krajach podzwrotnikowych rzadziéj się pojawia. — Tak samo, jak klimat, nie wywiera również wpływu na pojawianie i rozszerzanie się dyfteryi wzniesienie krajów nad poziom morza, choroba ta bowiem pojawia się zarówno w okolicach górzy-

[1]) Sprawozdania c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1878, 1879, 1880, 1881 i 1882, str. 11, 32, 58, 8 i 30.

[1]) Odczyt Dra Rollego z Kamieńca podolskiego: „O błonicy na Podolu“, zamieszczony w Dzienniku 3go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, str. 73.

stych, jak i na nizinach; tak np. w powiecie tureckim, położonym w Karpatach galicyjskich, nad samą granicą węgierską z powietrzem nader czystém, z chatami kurnemi budowanemi z drzewa i rozrzuconemi na wielkiéj przestrzeni, szerzyła się błonica z tą samą złośliwością i uporczywością, co i w powiecie buczackim we wsiach położonych nad Dniestrem. Predylekcyja ta dyfteryi do obierania sobie siedzib nad rzekami i potokami i posuwania się wzdłuż biegu tychże pochodzi najprawdopodobniéj ztąd, że nad brzegami rzek tworzą się skutkiem wylewów tychże mniejsze lub większe moczarowate przestrzenie, w których albo nieznany nam przyrzut chorobowy znajduje nader korzystne warunki do rozwoju i stanowi następnie źródło zakażenia, albo też, co pewniejsze, cząstki rozkładowe, gnijące działają do tego stopnia szkodliwie na ustrój ludzki, że zmniejszając odporność organizmu, potęgują równocześnie skłonność do ulegania błonicy. Epidemije błonicy, jak sam spostrzegałem i leczyłem w ciągu lat 6 tak w powiecie tureckim jak i w buczackim, a odznaczające się złośliwością i znaczną skutkiem tego śmiertelnością, zdarzały się zawsze we wsiach przerzniętych potokami z łąkami nadbrzeżnemi, często przez te potoki zatapianemi. Tak np. w Tureczkach wyżnych, miejscowości położonéj blisko granicy węgierskiéj, ale nad łąkami moczarowatemi, panowała w listopadzie w r. 1880 epidemija dyfteryi z charakterem bardzo złośliwym, albowiem na 15 leczonych chorych umarło 9; w Tarnawie niżnéj, położonéj nad Sanem w powiecie tureckim, zdarzyło się we wrześniu 1881 r. 14 przypadków śmierci na 24 przypadków błonicy; w powiecie buczackim w Koropcu, miejscowości położonéj nad Dniestrem i wpływającym doń potokiem, zwanym Koropczykiem, umarło od września do 12 grudnia 1881 r. 47 dzieci z błonicy z pomiędzy 67 przez chorobę tę dotkniętych, w Ossowcach nad Strypą z brzegami błotnistemi i łąkami często przez tę rzekę zatapianemi umarło we wrześniu 1882 11 dzieci skutkiem błonicy z pomiędzy 23 leczonych; w Ladzkiém w pobliżu rzeki Złotéj Lipy i Dniestru, położoném nad łąkami moczarowatemi, panowała dyfteryja niemal przez cały rok 1882 i na trzy zawody była urzędownie sprawdzaną i leczoną, a na 119 przypadków chorobowych zdarzyła się śmierć 39 razy (tj. 33%); w Buczaczu nad Strypą z brzegami błotnistemi i nad potokami do niéj wpływającemi było w r. 1882 97 przypadków śmierci z powodu dyfteryi (10.000 mieszkańców), a w Nagorzance, ktora stanowi niejako przedmieście Buczacza i znacznie wyżéj leży na wzgórzach ponad dopływami Strypy, było w tymże czasie również 25 przypadków śmierci z powodu téjże choroby. Przykłady te aż nadto dobitnie dowodzą, że i przestrzenie moczarowate, złe higijeniczne warunki pewnéj miejscowości nader sprzyjają rozwojowi i szerzeniu się dyfteryi.

Tak samo i niedobre warunki hygijeniczne mieszkania, kloaki niemające należytego odpływu, wilgotne ściany, duszne powietrze w mieszkaniach itp. sprzyjają nader powstawaniu dyfteryi i potęgują jéj złośliwość. Tak zrobiłem spostrzeżenia w Buczaczu, że w domu, w którego piwnicach nagromadziła się woda zaskórna bez należytego odpływu, wszystkie dzieci wyginęły na błonicę, a dopiero po oczyszczeniu piwnic i przeprowadzeniu dezinfekcyi dom ten stał się napowrót mieszkalnym, a błonica między dziećmi późniéj dom ten zamieszkującemi już się potém nie pojawiła.

Chociaż powszechnie i poniekąd słusznie rozpowszechnioném jest mniemanie, że pora roku nie ma żadnego wpływu na pojawianie się i wygasanie dyfteryi, to jednak zaznaczyć muszę na podstawie własnych spostrzeżeń, że choroba ta z pewną predylekcyją szerzy się w zimniejszéj porze roku, zwłaszcza w późnéj jesieni, a to najprawdopodobniéj z tego powodu, że wówczas szkodliwe wpływy atmosferyczne więcéj i w dotkliwszy sposób dzieci nagabują, że organizmy tychże są przez działanie tych czynników skłonniejszemi do przyjęcia i rozmnażania jadu dyfterytycznego. Tak np. w mieście powiatowém Buczaczu, liczącém 10.000 mieszkańców, szerzyła się błonica w m. listopadzie i grudniu 1881 r. ze znaczną gwałtownością i porwała 97 ofiar, podczas gdy przedtém i potém w lecie zdarzały się zaledwie tylko sporadyczne przypadki téj choroby. Z tego jednak nie wynika, że w innych porach roku błonica już się nie pojawia, sam bowiem spostrzegałem całe epidemije błonicy w miesiącach letnich a nie mogłem sprawdzić, aby epidemije w ciągu lata przebiegały łagodniéj, niż w zimie, na jedno tylko nacisk położyć muszę, tj. na tę okoliczność, że powietrze suche, mroźne nie sprzyja szerzeniu się choroby, podczas gdy powietrze dżdżyste rozszerzanie się dyfteryi nadzwyczaj podsyca. Tak np. w ciągu zimy 1883 na 1884 we wsi Ostrze położonéj nad samym Dniestrem, który często wylewa i pozostawia kałuże, szerzyła się błonica w miesiącach październiku i listopadzie 1883 na 1884 w sposób zatrważający, a śmiertelność wynosiła 60%, podczas gdy z nastaniem mrozów, po zamarznięciu wszystkich kałuż, epidemija błonicy dziwnie złagodniała, odsetka śmiertelności obniżyła się do 9%, a choroba w połowie stycznia 1884 zupełnie wygasła.—Dr. Rolle (l. c.) również oznacza *maximum* natężenia epidemii dyfteryi na październik i listopad, a *minimum* na kwiecień i maj, a to w stosunku, jak 5:1

Co do wieku, to błonica szczególniéj groźną jest dla dzieci i to zwłaszcza dla dzieci między 1 a 5 rokiem życia. W pierwszym roku życia rzadziéj ona się zdarza, lecz sam widziałem, jak i noworodki padały ofiarą téj złośliwéj choroby. Powyżéj lat 5 nagabuje dyfteryja również bardzo często dzieci, zwłaszcza między 5 a 10 rokiem życia, a dopiero powyżéj lat 10 ilość przypadków znacznie się zmniejsza, powyżéj zaś lat 20 przypadki błonicy są już bardzo rzadkie. Co do wieku późniejszego, to spostrzegałem sam przypadki błonicy powyżéj lat 30, 40, a nawet 60 a i obecnie mam w leczeniu pannę przeszło 30 letnią, która po przebyciu dyfteryi z dość ciężkim przebiegiem przez kilka tygodni cierpiała na objawy białkomoczu z tego tylko powodu. W ogóle można, według obliczeń dokonanych przez Zitta, odsetkowo oznaczyć, że na pierwsze 2 lata życia przypada 40% z ogólnéj sumy przypadków błonicy, na rok 3 i 4 życia 32%, między rokiem 5 6 15%; między 7 i 8 $5\frac{1}{2}$%, między 9 i 14 5%; pozostałe zaś $2\frac{1}{2}$% przypada na wiek późniejszy. Obliczenia Dra Rollego z Kamieńca Podolskiego (l. c.) brzmią mniéj więcéj w sposób podobny, chociaż w epidemii błonicy, która panowała na Podolu w latach 1877 do 1881, znaczna również liczba młodzieży obojéj płci chorobie téj podpadała, gdyż Dr. Rolle zalicza od 10—15 lat 22%, od 15—20 12%, a 55% na pierwsze lata życia tj. od 1—10 r. życia. W epidemii błonicy, która panowała w Wiedniu w latach 1878 i 1879 podaje Dr. Herz (*Aus der letzten Diphtheritis-Epidemie von Dr. Max. Herz in Wien. Wiener medizinische Wochenschrift* Nr. 42, 43, 44, 50 1879) również cyfry zgadzające się z obliczeniami Zitta. (C. d. n.).

IV. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

IV. Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podal Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Wyniki pod względem bystrości wzroku po operacyi katarakty są następujące:

Bystrość wzroku	Rok 1883. Ilość przypadków	%	Rok 1884. Ilość przypadków	%
$V^6/_6$	1	2·22	5	7·81
$V^6/_9$	—	—	7	10·94
$V^6/_{12}$	5	11·11	13	20·31
$V^6/_{18}$	4	8·88	14	21·87
$V^6/_{24}$	16	35·55	7	10·94
$V^6/_{36}$	8	17·77	7	10·94
$V^6/_{60}$	8	17·77	3	4·69
$V^3/_{60}$	1	2·22	1	1·56
$V\frac{1}{\infty}$	2 (bez nadziei)	4·44	6 (2 z nadz.)	9·37
V=0	—	—	1	1·56

Zupełnie pomyślny rezultat (V większe lub przynajmniéj równe $^1/_{10}$), otrzymaliśmy więc w 98 przypadkach, co stanowi 89·91%; dwa razy (1·83%) z powodu pozostałych licznych szczątków kory wynik był mierny ($S^3/_{60}$); dwa przypadki (1·83%) nadają się do powtórnéj operacyi; u siedmiu (6·42%) straciliśmy oczy bez nadziei przywrócenia wzroku.

Tak wielkiéj odsetki strat nie ponieśliśmy ani w przypadkach, objętych sprawozdaniem prof. Rydla, ani w sprawozdaniu następném, podaném przez Dra Macheka, tak, iż dwulecie, z którego obecnie zdajemy sprawę, zaliczyć nam wypada stanowczo do względnie mniéj pomyślnych okresów czasu, jakie się w każdym zakładzie i w zawodzie każdego operatora naprzemian z szczęśliwemi wydarzają. To też w ocenianiu wyników operacyjnych, a względnie wartości różnych sposobów operowania tylko na wielkich liczbach, obejmujących przypadki operowane w ciągu dłuższego czasu, opierać się należy, jeżeli mylnych wniosków uniknąć chcemy.

Zestawiając wszystkie przypadki zaćmy samorodnéj (*catarracta spontanea*), operowane sposobem obwodowym linijowym Graefego od października 1869 r., tj. od czasu objęcia kliniki okulistycznéj przez prof. Rydla aż po koniec 1884 roku, a zatém w ciągu lat 15 z górą, otrzymujemy następującą odsetkę strat:

W sprawozd. prof. Rydla	na 319 oper.	stracono 16 ócz	czyli	5·02%
„ „ Dr. Macheka	„ 308	„ 11	„	3·57%
„ „ obecném	„ 109	„ 7	„	6·42%
Razem	„ 736	„ 34	„	4·62%

Na całą liczbę 736 operacyj ropne zapalenie gałki ocznéj wydarzyło się tylko 9 razy (1·22%) a na ostatnich 417 przypadków, objętych sprawozdaniem Dra Macheka i niniejszém tylko raz jeden czyli 0·24%, co zapewne postępowaniu przeciwgnilnemu, stósowanemu w ostatnich latach przypisać należy.

Porównawszy pojedyncze pozycyje wyników pomyślnych w wykazie powyższym spostrzegamy, że w roku 1883 w największéj liczbie przypadków (35·5%) osiągnęliśmy $^1/_4$ prawidłowéj bystrości wzroku, zupełnie prawidłową osiągnięto tylko raz jeden (2·2%). Wyższy lub niższy stopień bystrości wzroku po operacyi sposobem obwodowym linijowym Graefego zawisł, jak wiadomo, głównie od następujących trzech okoliczności: *a*) Astygmatyzm regularny, a po części i nieregularny, wywołany cięciem rogówkowém; *b*) olśnienie z powodu sztucznéj szczeliny tęczówkowéj; *c*) cieńsza lub grubsza zaćma wtórorzędna. Niezależnie zaś od operacyi występuje jako czwarty czynnik stałe z wiekiem podupadanie bystrości wzroku, mające przyczynę prawdopodobnie w zmianach schyłkowych siatkówki. Stosując szkła walcowate, możemy w wielu przypadkach usunąć szkodliwy wpływ pierwszego z wymienionych czynników i podnieść częstokroć bardzo znacznie bystrość wzroku, o ile się ona z powodu zboczeń krzywizny rogówkowéj niedostateczną okazuje. Szczególną uwagę poświęcałem pod tym względem operowanym w ciągu roku 1884 próbując systematycznie u wszystkich wpływu szkieł walcowatych. Nakład czasu i cierpliwości opłacił się sowicie, gdyż na 57 ócz operowanych z wynikiem pomyślnym zdołałem bystrość wzroku w 20 (35%) znacznie poprawić, jak to następujące zestawienie wykazuje:

z $V^6/_{60}$	na $^6/_{36}$	w 1	przypadku
z $V^6/_{36}$	„ $^6/_{18}$	w 1	„
z $V^6/_{24}$	„ $^6/_{18}$	w 1	„
z $V^6/_{24}$	„ $^6/_{12}$	w 2	„
z $V^6/_{18}$	„ $^6/_{12}$	w 5	„
z $V^6/_{18}$	„ $^6/_9$	w 3	„
z $V^6/_{12}$	„ $^6/_9$	w 2	„
z $V^6/_{12}$	„ $^6/_6$	w 2	„
z $V^6/_9$	„ $^6/_6$	w 3	„

Astygmatyzm wynosił najczęściéj + 1·50 do 2 D, rzadziéj + 1 D lub + 2·5 D. Większego nad 2·5 D nigdy nie stwierdziłem. W przeważnéj liczbie przypadków oś walca zbaczała jednym lub drugim końcem od pozioméj o rozmaitą ilość stopni; w 7 tylko przypadkach była oś zupełnie poziomą. Południk więc rogówkowy o najmniejszéj sile załamania światła rzadko przebiegał zupełnie pionowo, częściéj natomiast zbaczał górnym końcem już to w prawo już to w lewo od pionu. Podczas gdy w roku 1883 na V od $^1/_4$ aż do $^1/_{10}$ wypada 70·9%, a na V=1 aż do $^1/_3$ tylko 22%, przypada w roku 1884 na $V^1/_4$ aż do $^1/_{10}$ 27·9%, a natomiast na V=1 aż do $^1/_3$ aż 61·0%. Podczas gdy w r. 1883 osiągnęliśmy zaledwie w 2·2% całkowitą bystrość wzroku, otrzymaliśmy ją w r. 1884 w 7·8%.

Wyniki te dowodzą potrzeby próbowania szkieł walcowatych u każdego operowanego na kataraktę.

Znaną jest rzeczą, że w przebiegu białkomoczu występują nierzadko zboczenia chorobowe w oku jako następstwo cierpienia nerkowego, już to jako proste niedowidzenie rozmaitego stopnia, bez zmian chorobowych przedmiotowo wykazać się dających (*amblyopia uraemica*), już też jako zapalenie siatkówki. Zboczenia chorobowego w zakresie soczewki dawniéj nie uważano. Wprawdzie Gałęzowski przypuszcza możność powstania katarakty pod wpływem albuminuryi, Hogg zaś w „*The medical Press*“ 1873 przytacza luźnie jeden obserwowany przypadek, ale dopiero pierwszy Deutschmann z Getyngi zwrócił na ten przedmiot uwagę okulistów, ogłosiwszy w „*Graefes Archiv für Ophthalmologie*“ XXV B. 4 Abth. swe pierwsze spostrzeżenia poczynione w tym kierunku. Autor opierając się na obserwacyjach poczynionych na bardzo szczupléj liczbie chorych przychodzi do przekonania, że tak jak *diabetes* tak i *nephritis chronica* może dać powód do powstania katarakty. Badania najdokładniejsze moczu i narządu krążenia u 21 osób (po 40 roku życia) dotkniętych zaćmą, wykazały u 7 (33·3%) powikłanie z cho-

robą nerkową pod postacią *nephritis chronica* (białko i wałeczki Belliniego w moczu, przerost i dylatacyja lewego serca). Autor przyznaje, iż nie umie sobie zdać sprawy na razie ze sposobu powstawania zaćmy pod wpływem zapalenia nerek, tém bardziéj, że u chorych obserwowanych nie było charłactwa a białka w moczu znajdował się zaledwie ślad. Słusznie więc spotyka się D. wkrótce z zarzutem ze strony O. Beckera *(Jahresbericht der Ophthalmologie v. Nagel f. d. J.* 1879), że z tak małéj liczby spostrzeżeń nie wolno wysnuwać żadnych wniosków o związku zaćmy z *nephritis,* napotkanie bowiem tych dwóch chorób równocześnie u tego samego chorego mogło być tylko przypadkowém. —W 3 lata późniéj spotykamy się znów z rozprawą D. w tym przedmiocie *(Archiv* r. 1883), w któréj tenże, opierając się na obserwowanych 226 chorych z zaćmą niepowikłaną, uważa *nephritis chronica* za czynnik etyjologiczny wywołujący zaćmę. Na 226 dotkniętych zaćmą wykrył on u 26 albuminuryję; z tych u 12 były w osadzie wałeczki Belliniego, w pozostałych zaś 14 nie było tychże; mogąc jednak z powodu zupełnego braku ciałek ropnych lub przybłonków w osadzie wykluczyć zapalenie pęcherza lub miedniczek nerkowych, sądzi, iż te ostatnie przypadki do *nephritis* również zaliczyć należy. W ten sposób przypadałoby na 226 dotkniętych zaćmą 11·1% cierpiących *nephritis,* procent zaś wyżéj przytoczony 33·3 uważa Deutschmann za przypadkowo zbyt wysoki. — Zaburzenia w odżywianiu ciałka szklanego w przypadkach *Nephritis* uważa D. za przyczynę powstawania katarakty. Przytaczając w końcu następujące słowa Beckera, wyjęte z jego dzieła *„Über gesunde und kranke Linse“*, *„Da an Greisenstaar immer, wenn auch nacheinander, beide Linsen eines Individuums erkranken, so müssen die Ursachen für die in der Linse auftretenden Veränderungen in den Säften des ganzen Organismus, in der Organisation des Individuums begründet sein“*, sądzi D., iż właśnie ta zmiana soków w organizmie, wywołująca kataraktę schyłkową, ma źródło swoje często w zmianach chorobowych nerek.

Pragnąc wyrobić sobie własny sąd w tym kierunku a zarazem przyczynić się choć w części do wyjaśnienia téj sprawy, dotąd bardzo jeszcze wątpliwéj, przedsięwziąłem, idąc za wskazówką prof. Dra Rydla odpowiednie badania w tutejszéj klinice. Czas obserwacyi obejmuje 12 miesięcy, w ciągu których badano wszystkich chorych dotkniętych zaćmą, przyjętych do kliniki stałéj bez względu na rodzaj zaćmy. Zwracano głównie uwagę na mocz, narząd krążenia a po części na wywiady.—Mocz badano w każdym poszczególnym przypadku z największą ścisłością tak chemicznie jak i pod mikroskopem w pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego przez Dra Wiczkowskiego. Liczba chorych obserwowanych w tym czasie wynosi 72, po wykluczeniu chorych z zaćmą powikłaną innem cierpieniem oka lub ustroju całego, np. *diabetes.* Nasze spostrzeżenia odnoszą się więc wyłącznie do zaćm niepowikłanych i to przeważnie schyłkowych *(catarracta senilis simplex).*

Rozbiór moczu u tych 72 chorych dał wynik następujący:

1) U 5 chorych nie było ani śladu białka.

2) U pozostałych 67 można było zawsze wykazać białko i to od śladu zaledwie spostrzegalnego aż do ilości zupełnie wybitnéj. Średnia ilość białka wynosiła od 0·004% aż do 0·01%.

a) W 11 z tychże ilość białka odpowiadała w zupełności ciałkom ropnym i komórkom przybłonkowym pęcherza, nagromadzonym licznie w osadzie.

b) Z pozostałych 56 chorych:

α) W 39 przypadkach ślad białka był zaledwie spostrzegalny, a osad nic nie wykazywał.

β) W 15 przypadkach ślad białka był wybitny, osad również nic nie wykazywał.

γ) U 2 zaś chorych obok wybitnego śladu białka znajdowały się liczne wałeczki Belliniego w osadzie.

U 4 tylko chorych należących po części do grupy *β)* i *γ)* można było stwierdzić wybitny przerost lewego serca, wynik wywiadów był zaś tak niepewnym, iż żadnych wniosków z niego wysnuwać nie można. Polegać więc trzeba prawie wyłącznie na powyższym wyniku rozbioru moczu. Ponieważ u 15 chorych ślad białka daje się zupełnie dobrze usprawiedliwić cierpieniem nieżytowém pęcherza, a co najwięcéj miedniczek nerkowych, sądzę, iż przypadki te od białkomoczu, mającego przyczynę w nerkach zupełnie oddzielić należy. Pozostaje więc 56 chorych (77·7%), u których białkomocz możemy odnieść do nerek. Jak różnorodne sprawy w tychże mogą dać powód do białkomoczu, znaném jest powszechnie; wspomnę tutaj tylko przekrwienie bierne, rozmaite postacie *nephritis* i zwyrodnienie skrobiowate. Nie należy zapominać, iż w wieku schyłkowym u zupełnie zdrowych ludzi wykazać można czasem białko w moczu, już to przemijająco już téż stale. Zdaje mi się więc, iż nie byłoby usprawiedliwioném twierdzenie, że we wszystkich naszych 56 przypadkach toczyła się jakaś sprawa chorobowa w nerkach, sądzę owszem, że u tych 39 chorych, u których był zaledwie ślad białka podstawy chorobowéj w nerkach zupełnie nie było, tém bardziéj, iż jak to poniżéj wspomnę mieliśmy do czynienia z osobami starszemi, przeważnie po 40 roku życia.

Tak więc pozostaje nam 17 chorych (23·6%) z wybitnym śladem białka, u których z wszelkiem podobieństwem do prawdy cierpienie nerkowe przypuścić możemy, o którego jednak przyrodzie tylko w 2 przypadkach na pewne orzekać możemy, iż jest ono chronicznêm zapaleniem *(nephritis chronica)* (2·8%), a to w tych, u których w osadzie, po kilka razy badanym, znajdowała się zawsze znaczna ilość wałeczków Belliniego.

Czy zaćmienie soczewki u tych 17 chorych wystąpiło w następstwie cierpienia nerkowego, lub czy téż oba te cierpienia były zupełnie niezależne od siebie, stanowczo odpowiedzieć na razie nie możemy, wymaga to bowiem znacznie liczniejszych spostrzeżeń. Sądzę jednak, że nie mylę się twierdząc, iż u wspomnianych 17 chorych, a więc w 23·6%, u których *albuminuria* była dość silną, a odżywienie ustroju pozostawiało dużo do życzenia, cierpienie nerkowe nie było bez wpływu na powstanie zaćmy. Ponieważ jednak tylko 2 razy wykazaliśmy zapalenie nerek, w pozostałych zaś 15tu pewnych danych do takiego rozpoznania nie było, sądzę, iż nie *nephritis* jako taka, lecz towarzysząca jéj *albuminuria,* a więc têm samém i każda inna sprawa chorobowa w nerkach, dająca powód do długotrwałéj i dość obfitéj utraty białka, może być czynnikiem wywołującym zboczenia w odżywieniu ciałka szklanego a pośrednio i soczewki, w następstwie których zaćmienie jéj miąższu występuje.

Zgadzając się więc w zasadzie ze spostrzeżeniami Deutschmana sądzimy jednak, iż odpowiedniejszą nazwą byłoby *„Catarracta albuminurica“* zamiast *„nephritica.“*

Na 72 chorych przypada mężczyzn 40, kobiet 32. Pod względem wieku był następujący stosunek: od 10—20 lat 1;

20—30 l. 1; 30—40 l. 4; 40—50 l. 10; 50—60 l. 22; 60—70 l. 27; 70— 80 l. 5; 80—90 l. 2.

Na 17 chorych z cierpieniem nerkowém przypada: m. 9, k. 8; 2 z tychże było między 40—50 rokiem życia; 6 między 50—60; 6 między 60—70; 2 między 70—80; 1 między 80—90. We wszystkich 17 była zaćma na obu oczach, u jednego tylko chorego zajmowała jedno oko. Wejrzenie zaćm było zupełnie takie same jak zaćm schyłkowych. (C. d. n.)

V. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Wykluczywszy otrucie nitrogliceryną i nitrobenzolem orzeczenie Wydziału wyklucza następnie i otrucie kw. pruskim. Działanie to musiało być iście herostratyczne, bo wywołuje aż zdumienie szan. autora. Przyznaję chętnie, że kwestyja, podniesiona przez szan. autora, jest bardzo ważną, i dlatego czytelnik wybaczy, że obszerniéj nieco nad nią się zastanowię, aby wykazać całą bezpodstawność zaczepki. W tym celu jednak muszę wypisać dosłownie cały odnośny ustęp z broszury w mowie będącéj (str. 25).

„Ze zdumieniem zaś wyczytałem zdanie, że „zmiany „podobne prawie zawsze zdarzają się w otruciu „sinkiem potasu, z têm więc otruciem u śp. M. liczyć „się należy; wykluczyć zaś należy otrucie „kwa„sem pruskim", właśnie z powodu zmian znalezio„nych w żołądku, których nigdy nie ma w têm otru„ciu. Casper-Liman (l. c. 495) podaje wyraźnie: „da dieses „Praeparat (Cyankalium) in seinen Wirkungen dieser Säure (Blau„säure) identisch ist"—Seidel (w Maschki *Handb. d. ger. Med.* „Bd. II, Toxicol. str. 317) opisuje razem oba otrucia po obu „środkach, podaje zaś, jak w ogóle wszyscy autorowie, tylko to, „że zmiany w żołądku po otruciu sinkiem potasu bywają co do „stopnia silniejsze, o ile występuje tu działanie i zasady łu„gowéj na ściany żołądka; jeden tylko Hofmann (*Handb.* „*d. ger. Med.*) oddziela opis obu trucizn. Że zaś po „otruciu kwasem pruskim zmiany w żołądku i jelitach mogą „być nawet bardzo podobne do zmian znalezionych u śp. M., „na dowód tego dosyć przytoczyć opisy tylko kilku przy„padków otrucia kwasem pruskim z dzieła Caspra Limana; „i tak opis przypadku kaz. 210 (Blausäure) brzmi: Seine ganze „(Magen) Schleimhaut war mit purpur rothen, inselartigen Flecken „durchsetzt (keine Sugillationen). Nr. kaz. 211 (Blausäure): Die „(Magen) Schleimhaut war entlang der ganzen kleinen Curvatur „genau ebenso suffundirt, wie die Luftröhre, so dass diese Stellen „vom Durchscheinen äusserlich schwarzroth aussehen". Nr. kaz. „212 (Blausäure): Der Magen *normal*, aber am Pylorus eine „thalergrosse purpurrothe Ecchymose und der ganze Magen hatte „durch Imbibition eine violette Färbung. Nr. 213 (Blausäure): „Der Magen war genau wie im vor. Falle imbibirt und gefärbt „und am Fundus fanden sich *einzelne*, inselartig zerstreute, kleine „Suffusionen. Die leeren Därme hatten dieselbe Färbung, wie der „Magen. Nr. 214 (Blausäure): Die (Magen) Schleimhaut im gan„zen Fundus war purpurroth von lauter hämorrhagischen Ergüssen. „Seidel (Maschka II, T. str. 320 kaz.) (Blausäure): „Magen„wandung heftig entzündet, mit groschengrossen Brandflecken?). „Czy te opisy nie są uderzająco podobne do zmian opisa„nych w żołądku śp. M. i czyli można twierdzić: że zmian zna„lezionych u M. nigdy niema w têm (kw. pruski) otruciu?, „pozostawiam po tych cytatach każdemu fachowemu „czytelnikowi do rozstrzygnięcia. Sądzimy jednak, żeśmy aż „nadto jasno wykazali mylność takiego twierdzenia".

Czytałem ustęp ten raz, drugi i dziesiąty.... i dotąd jeszcze nie dowierzam oczom swoim, czy coś podobnego mógł napisać kolega tak poważny i biegły jak prof. F. Ale właśnie dla tego, że nauka ta przez wzgląd na osobistość propagującego ją drukiem autora mogłaby wprowadzić w błąd kolegów, zwłaszcza młodszych lub nieściśle fachowych, poczuwam się do obowiązku wykazania jéj mylności zupełnéj, a co ważniejsza dowiedzenia, że w naukę tę obecnie nikt, a nawet i sam szan. przeciwnik nasz, nie wierzy. Prof. F. lubi snać cytaty: służyć mu więc muszę i cytatami; lecz podczas gdy ja dostarczę dowodu, że wszystkie jego cytaty powyższe są..... błędne, mam otuchę, że na moje się zgodzi w zupełności.

Sto lat ubiegło z górą, odkąd Scheele odkrył kw. pruski—i odkrycie swoje życiem przypłacił. Odtąd zdarzały się od czasu do czasu przypadki otrucia kw. pruskim, nie bywały one jednak zbyt częste, co zapewne było przyczyną, że nie zwrócono odrazu uwagi na różnicę występującą w zmianach pośmiertnych, w miarę tego, czy użyto kw. pruskiego lub innéj istoty kw. pruski zawierającéj, zwłaszcza, że sinek potasu mało jeszcze był znany i wcale nie rozpowszechniony. Ztąd to pochodzi, że autorowie dawniejsi albo o zmianach pośmiertnych po użyciu kw. pruskiego nic nie podają, a o sinku potasu wcale jeszcze nie wspominają, jak Henke (1841), albo téż nie umieją jeszcze odróżnić otrucia kw. pruskim od otrucia sinkiem potasu lub olejkiem migdałów gorzkich, jak Böcker (1857), Krahmer (1857), a nawet Buchner (1869) i Schürmayer (1874), jakkolwiek Pelikan już w r. 1856 (*Prager Viertelj.*) kładzie nacisk na to, że u zwierząt otrutych kw. pruskim w żołądku i jelitach żadnych nie znachodził zmian. Zapatrywania te doznały dopiero zmiany radykalnéj, odkąd w skutek coraz większego rozpowszechnienia się sinku potasu i coraz częściéj, zwłaszcza w wielkich miastach, zdarzających się przypadków otrucia tym środkiem, nabywano coraz silniejszego przekonania, że sinek potasu inne wywołuje zmiany, aniżeli kw. pruski, a w roku 1876 stanowczy w téj mierze nastąpił zwrot, jakkolwiek tenże przygotowywał się już od lat wielu. Zdanie bowiem, które wypowiada Liman w wydaniu VI z r. 1876, że w otruciach preparatami kw. pruskiego żołądek z wyjątkiem woni migdałów gorzkich [1]) nie przedstawia nic pewnego, że jednak częstokroć, zwłaszcza zaś po otruciu sinkiem potasu we wszystkich przypadkach, okazuje zmiany charakterystyczne, — nie jest

[1]) Na stronicy 495 pisze Liman: „Dieser *Geruch* ist auch an Lei„chen durch Cyankalium Vergifteten bemerkbar, was natürlich, „da dieses Präparat mit Leichtigkeit Blausäure entwickelt u. in „seinen Wirkungen dieser Säure identisch ist". Prof. F. zaś pisze: „Casper-Liman (l. c. 495) podaje wyraźnie: *da dieses Praeparat (Cyankalium) in seinen Wirkungen dieser Säure (Blusäure) identisch ist.*" Wyrywa więc z okresu zdanie ostatnie a podczas gdy cały okres odnosi się do woni, a więc przemawiałby raczéj przeciw otruciu kw. pruskim lub sinkiem potasu u Roberty M., prof. F. spożytkowuje słowa ostatnie na swoje cele, przypisując Limanowi zdanie, jakoby on i zmiany anatomiczne po obu truciznach uważał za identyczne! Tak postępując wszystkiego dowodzić można.

wcale zdaniem jego, lecz wypowiedzianém już na kilkanaście lat wstecz przez Caspra *(Klin. Novellen,* Berlin 1863, str. 426) nierównie dobitniéj, ponieważ wielce doświadczony ten lekarz sądowy wyraźnie już odróżnia zmiany w żołądku w miarę tego, czy otrucie nastąpiło kw. pruskim lub sinkiem potasu [1]).

Nie znał Liman widocznie 2go wydania dzieła Schauensteina, które wyszło pod koniec roku 1875, a w którém zasłużony ten autor pisze (str. 543): „*Bei Vergiftungen mit* „*Cyankalium* zeigt sich die ganze Magenschleimhaut gleich„mässig gewulstet, intensiv scharlachroth, *der Mageninhalt* „*stark und fix alkalisch reagirend,* meist eine trübe Flüssig„keit darstellend, welche den intensiven Geruch nach Blau„säure hat. — *Blausäure* bringt, wie narkotische und soge„nannte Nervengifte überhaupt, *gar keine charakteristischen* „*anatomischen Veränderungen hervor*“. Nadto Schauenstein był pierwszym, który zwrócił uwagę, że zmiany w bł. śluzowéj żołądka po otruciu sinkiem potasu nie są sprawą za życia powstałą, lecz wyrazem chemicznego działania alkalicznego, a to z powodu, że trucizna najczęściéj bardzo prędko, a często natychmiast śmierć sprowadza, tak, że nie ma czasu, aby zmiany te wytworzyły się za życia.

Lecz dopiero pamiętna rozprawa prof. Hofmanna pt. „*Zur Kenntniss der Befunde nach Cyankaliumvergiftung,*“ ogłoszona w r. 1876 w *W. med. Woch.* (Nr. 45 i 46), stanowi epokę w historyi sądowolekarskiéj téj trucizny. Rozprawę tę autor rozpoczyna od słów: „Während nach Vergif„tungen mit Blausäure lokale Befunde im Magen nur selten „beobachtet werden, gehören solche nach *Vergiftung mit* „*Cyankalium zur Regel,* und sind meist von der Art, **dass** „**aus ihnen allein,** *auch abgesehen von dem Geruche nach* „*Blausäure,* **die Diagnose gestellt werden kann**“. Nie streszczam tu rozprawy całéj, bo treść jéj nie tylko, że jest wszystkim lekarzom sądowym i toksykologom znaną, ale co ważniejsza, przez wszystkich przyjętą i uznaną za zgodną z wynikiem doświadczenia, i stanowi obecnie jakoby ustęp z katechizmu, co do którego dyskusyja nie ma miejsca. Że tak jest a nie inaczéj, na to dostarczę kilku wymownych dowodów [2]).

[1]) Że różnica ta i przed r 1876 nie była już tajemnicą, wynika z następującego przypadku: D. 22 stycznia 1875 otrzymałem od Sądu tutejszego polecenie odbycia sekcyi sądowéj na zwłokach młodzieńca, zmarłego prawdopodobnie z otrucia, a którego zwłoki złożone zostały w zakładzie prof. Biesiadeckiego. Przybywszy na miejsce zastałem zwłoki już otwarte, albowiem sekcyja policyjna już poprzednio odbytą została, przy których znaleziono plamy trupie jasnoczerwone, krew płynną, wiśniową, wybroczyny małe pod opłucną i osierdziem; przy otworzeniu żołądka czuć się dała bardzo słaba woń migdałów; żołądek wypełniony był papką, po wyjęciu któréj błona śluzowa okazała się szkarłatną a na fałdach drobne wybroczyny. Nie znalazłszy już żadnéj treści w żołądku wykonałem próbę Preyera, przyłożywszy papier Schönbeinowski do błony śluzowéj otwartego pęcherza moczowego, a próba dała wynik dodatni. Z przypadku tego zdałem sprawę na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 16 lutego 1875 a w protokóle tego posiedzenia (p. Przegląd Lek. 1875, Nr. 11) znajduję wzmiankę, iż „Liman mówi, że takie wybroczyny występują tylko po otruciu sinkiem potasu, nie zaś kw. sinowodowym.“

[2]) Z kazuistyki przytoczyć mogę już z r. 1878 opis Auera (*Friedreichs Blätter f. ger. Med.*), który w przypadku otrucia sinkiem potasu, który się zdarzył po raz pierwszy w Landshucie w Bawaryi, nie tylko odrazu zastósował próbę Preyera, ale w zupełności godzi się z zapatrywaniem Hofmanna.

I tak pisze w r. 1880 Falck (*Lehrbuch der prakt.* „*Toxicologie,* str. 197) „In dem Magen findet man *nur* bei „Cyankaliumvergiftung einige Veränderungen...., a w końcu dodaje: (Hofmann).

W tymże roku pisze Husemann: „*Der Leichenbefund* „*bei Blausäurevergiftung ergibt weder makroskopisch noch* „*mikroskopisch irgend welche pathognomonische Veränderungen*“ „(Eulenburga *Encyklopädie* II, str. 234), a daléj: „Die Ver„giftung durch *Cyankalium* entspricht in Bezug auf *Sympto*„*matologie* und *Behandlung* völlig der Blausäurevergiftung, „zeigt dagegen *in Bezug auf den Leichenbefund eine erhe*„*bliche Differenz, indem bei den mit Cyankalium Vergifteten* „*ausgesprochene örtliche Erscheinungen sich finden, welche* „*nach Blausäure fehlen. Nach Hofmann* (1876) charakterisirt „sich die Cyankaliumvergiftung“ itd.

Seidel (w Maschki *Handb.* II., str. 317) pisze w r. 1882: „*Der Befund im Magen ist* **wesentlich** verschieden, „je nachdem die Vergiftung mit Blausäure, *oder* mit aether. „Bittermandelöl *oder* mit Cyankali erfolgt. Bei der ersten „findet man die Schleimhaut wohl partiell geröthet u. leicht „injicirt, manchmal selbst Ekchymosen, die auch als Folge „der Erstickung aufgefasst werden können, niemals aber tie„fere Veränderungen.... Bei Vergiftungen mit äther. Oel sind „einige Male Entzündungserscheinungen beobachtet worden, „*wie bei anderen ätherischen Oelen.* Bei solchen mit *Cyankali* „*erleidet die Schleimhaut tiefere Veränderungen. Dieselben* „*sind am genauesten untersucht u. beschrieben von Hofmann,* „*dessen Darstellung wir hier folgen*“ [1]).

Lesser (*Atlas d. gerichtl. Medicin.* Berlin, 1883), wówczas asystent prof. Limana, i opierający pracę swoję na spostrzeżeniach czynionych w berlińskim zakładzie sądowolekarskim, uznając wyraźnie zasługi Hofmanna („der um die Beschreibung und Erklärung der anat. Erscheinungen nach Cyankaliumintoxication verdienteste Forscher“ zeszyt 2gi, str. 58), pisze (w tymże zeszycie str. 55): „Vergiftungen „mit wässerigen *Blausäurelösungen hinterlassen keine Gewebs*„*veränderungen der ersten Wege;* solche mit HCy enthaltendem „aether. *Bittermandelöl* erzeugen die erheblichsten *Aetzungen,...* „Intoxicationen mit *concentrirteren* Lösungen von *Cyankalium* „oder mit Cyankalium in Substanz rufen *in der Regel der Fälle* „*Veränderungen hervor, welchen* durch ihre Besonderheiten „*eine pathognomonische Bedeutung zukömmt*“.

Hofmann zaś w wydaniu 2ém swego dzieła (z r. 1881) pisze (str. 617): „Bezüglich des *Leichenbefundes* ist zunächst „die Blausäurevergiftung als solche u. die Cyankaliumvergiftung „auseinanderzuhalten. *Erstere* gibt in der Regel ausser dem „nicht immer nachweisbaren.... Blausäuregeruch im Magen und „mitunter auch in anderen Organen und den Zeichen des Er„stickungstodes, meist negative Befunde; insbesondere zeigt die „Magenschleimhaut ausser etwa stärkerer Injection und manchmal „Ecchymosirung, die auch nur als Theilerscheinung der Ersti„ckung gedeutet werden kann, *keine Veränderungen.... Anders* „ist der Befund bei *Cyankaliumvergiftung.* In *exquisiten* Fällen „derselben finden wir die Magenschleimhaut allenthalben, beson„ders aber im Fundus und auf der Höhe der Falten blutroth „gefärbt, gewulstet und in dem Grade gelockert, dass die Falten„kämme stellenweise selbst transparent erscheinen können. Dabei „sehen wir die Schleimhaut mit reichlichem, hellroth oder hell-

[1]) Z przedstawienia prof. F. zdawałoby się, że Seidel inaczéj się zapatruje na kwestyję, aniżeli Hofmann; tymczasem autor ten w braku własnego doświadczenia wyraźnie i otwarcie podaje, że opisuje rzecz według Hofmanna, który ją najdokładniéj zbadał.

„braunroth tingirtem.... Schleim bedeckt, und wenn sonstiger „Mageninhalt vorhanden ist, auch diesen blutig gefärbt und von „limpider fadenziehender Beschaffenheit. Dabei reagirt der Magen-„inhalt *stark alkalisch*, ist seifenartig schlüpfrig... und ver-„breitet einen mehr weniger auffallenden Blausäuregeruch, der „sich auch in anderen Organen, so in Gehirn und in den Lungen, „bemerkbar zu machen pflegt".

A teraz *the last, but not the least!*

Prof. Feigel (Podręcznik Medycyny Sądowéj. Lwów 1883) pisze (str. 388): „Objawy na zwłokach są **inne** po otruciu kw. „pruskim, **inne** zaś po otruciu sinkiem potasu. Pier-„wszy prócz woni kw. pruskiego w żołądku, a czasem i w innych „narządach, i oprócz objawów uduszenia, najczęściéj nie przed-„stawia nic charakterystycznego. Żołądek okazuje tylko „**lekkie** nastrzykanie, a niekiedy i wybroczynki, które mogą być „tłumaczone i uduszeniem; zresztą zaś niema żadnych „innych zmian. Przy otruciu zaś sinkiem potasu jest „żołądek w wybitnych wypadkach wszędzie, szczególnie zaś „w dnie i na wysokości fałdów krwawo-czerwony, obrzękły i roz-„pulchniony do tego stopnia, że fałdy miejscami są prześwieca-„jące; przytém błona śluzowa pokrytą jest obfitym, jasnoczerwo-„nym lub jasno brunatno-czerwonym śluzem; treść zaś żołądkowa, „jeżeli jest obecną, jest również krwawo zabarwioną i lepką, „ciągnącą się, mocno alkaliczną, mydlasto śliską i wydaje **wybitną** „woń kw. pruskiego, podobnie jak mózg, płuca itd."

Widzimy, że prof. F. zmiany pośmiertne po otruciu kw. pruskim i sinkiem potasu prawie dosłownie opisuje tak, jak prof. Hofmann, a dziwną tę w naszych czasach jednozgodność u dwóch autorów wytłumaczyć tylko można przypuszczając, że albo prof. F. na mocy swego doświadczenia niezależnie od prof. Hofmanna w kilka lat późniéj doszedł do tych samych co on rezultatów, albo że nie mając pod względem otrucia CNH i KCN żadnego doświadczenia pisał się bezwzględnie na zdanie Hofmanna. W jednym i drugim razie atoli szan. autor nasz nie miał prawa twierdzenia w broszurze, że „jeden tylko Hofmann oddziela opis obu trucizn", skoro wszyscy autorowie, samego prof. Feigla nie wyjąwszy, bezwzględnie na zdanie jego się zgadzają. Może nie od rzeczy będzie przytém zwrócić uwagę, że jeżeli autor Podręcznika w tłumaczeniu opisu Hofmanna w dwóch miejscach przez nas wyżéj uwydatnionych, odstępuje od pierwowzoru, czyni to na wielką niekorzyść autora obrony.

Na tém jednak niedosyć! Szan. nasz przeciwnik odwołuje się i do kazuistyki Caspra i Seidla; muszę więc wyświecić i te cytaty.

Przypadek 210 Caspra: „*Vergiftung durch Blausäure u. aetherische Oele*". Prof. F. wyrzuca wyrazy: „*u. aetherische Oele*", a przez to spacza rzecz w zupełności. Kobieta pijana wypiła kilka flaszeczek, zawierających olejki eteryczne, a mianowicie goździkowy, kminkowy, miętowy, cytrynowy i inne, a między niemi był także olejek migdałów gorzkich; z trupa szerzyła się woń miła goździkowa oraz woń migdałowa, wszystkich prawie odurzająca, nadzwyczaj silna; a więc był to przypadek otrucia olejkami, co rzecz gruntownie zmienia.

Przypadek 211: Tu nie ma wcale dowodu, iż człowiek otruł się kw. pruskim, bo przy nim nie znaleziono żadnéj flaszki, ale woń była wyraźnie migdałową.

Przypadek 212: I tu nie ma dowodu, że nastąpiło otrucie kw. pruskim, bo flaszeczki nie znaleziono; żołądek był prawidłowy, a woń migdałowa przenikliwa.

Pierzchnice płaskie należą do grupy cierpień skóry.

Przypadek 213: Wyraźnie podaje tu Casper, że otrucie nastąpiło olejkiem migdałów gorzkich, a woń bardzo silna zwróciła uwagę na otrucie, bo zresztą nie było zmian uderzających.

Przypadek 214: I tu nie ma żadnego dowodu, że otrucie nastąpiło kw. pruskim, a woń była bardzo wybitną [1].

Uwieńczeniem kazuistyki powołanéj jest przypadek niby Seidla. Autor ten, nie mając snać ani jednego przypadku z własnego doświadczenia, zestawia przypadki obce, a na ich czele podaje przypadek, wyjęty z żurnalu Hufelanda **z r. 1815!** Jaką wartość ma przypadek ten z czasów iście przedpotopowych, dowodzi opis żołądka: „Magenwandung *heftig entzündet mit groschengrossen Brandflecken*". Mógł do tego przypadku odwołać się Henke w dziele swojém, w braku własnego doświadczenia, mógł wreszcie farmakolog Seidel popisać się wykopaliskiem, ale czyż się godziło, aby biegły anatom, szczycący się całą dywizyją trupów, własną ręką sekcyjonowanych, odwołał się do takiego przypadku lub nawet do przypadków Caspra dawnéj daty! Czy jeden przypadek, zacytowany przez szan. autora z własnego doświadczenia, nie miałby bez porównania większéj wartości? A czyż znów śmiałym jest wniosek, że autor na poparcie swych twierdzeń nie posiada żadnego własnego przypadku? Zardzewiałą zaiste jest broń, którą walczy szan. autor, a występując w ten sposób mógł w obec nieznawców „aż nadto jasno" wykazać trafność swoich twierdzeń, ale w obec Wydziału lek. i jego referenta dopuścił się wielkiéj nieostrożności! (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

Pierzchnice płaskie należą do rzędu chorób skóry, rzadziéj napotykanych i niedokładnie dotąd zbadanych. Cierpienie wymienione od niedawna dopiero zwróciło na siebie uwagę dermatologów. Pierwszą o niém wzmiankę napotykamy w 1866 roku u Wilsona; autor ten we trzy lata późniéj dokładniéj chorobę tę opisał i nadał jéj nazwę *Lichen planus*; z późniejszych autorów, którzy swojemi pracami przyczynili się do dokładniejszego zbadania choroby omawianéj, przytoczyć należy imiona: Neumana, Kaposiego, Foxa, Hutchinsona, Crockera, Pospelowa, Boecka, Riehla, Manaseiego, Lemoinea, Lavergna, Unny i Thibierga, pomijając innych autorów, o których niżéj.

Nie zważając jednak na artykuły licznych autorów jakotéż na przypadki choroby omawianéj podane przez wielu innych (a takowych, jak to niżéj obaczymy wcale spora już zebrała się liczba), w podręcznikach dermatologii do obecnéj chwili zbyt mało miejsca téj postaci chorobowéj udzielano; niektórzy nawet autorowie nie opisują *lichen planus* jako odrębnéj choroby, lecz utożsamiają ją z *lichen ruber acuminatus Hebrae* (Weyl).

[1]) Zwrócić muszę uwagę, że wszystkie te 4 przypadki, umieszczone wprawdzie w wydaniu Limana z r. 1876, nie są przypadkami przez niego spostrzeżonemi, lecz pochodzą jeszcze od Caspra, który w dziele swojém: *Klin. Novellen zur ger. Medizin* (str. 429—434), już w r. 1863 dosłownie je podaje, jako przypadki swoje 12, 13, 14, 16.

znamionujących się powstawaniem na skórze drobnych guzków przez ciąg całéj sprawy chorobowéj bez zmiany trwających, w pęcherzyki i krostki nieprzetwarzających się.

Grupie téj dermatologowie dali nazwę ogólną *lichen* i zaliczają do niéj oprócz pierzchnic płaskich następne cierpienia skóry: pierzchnice zołzowate (*lichen scrophulosorum*), pierzchnice czerwone kończyste (*lichen ruber acuminatus s. exsudativus Hebrae*) i pierzchnice włosowe (*lichen pilaris*).

Osutka pierzchnic płaskich składa się z drobnych guzków, wielkości główki od szpilki lub ziarnka prosa, bladoróżowych okrągłych lub wielokątnych, nad powierzchnię skóry nieznacznie wyniosłych, rozsianych lub skupionych w gromadki.

Rozwój i rozszerzanie się osutki w *lichen planus* uskutecznia się nie drogą rozrostu i powiększenia się objętości istniejących już pierwocin osutki, guzków, lecz drogą pomnożenia się ich liczby, chociaż w początkach swego rozwoju guzki mogą cokolwiek urość, lecz bardzo nieznacznie; pojawiają się więc obok dawnych nowe guzki i usadawiają się w blizkiém obok siebie sąsiedztwie. W tento sposób w pewnych okolicach skóry powstają niewielkie gromadki z drobnych guzków złożone, wielkością na początku nieprzewyższające soczewicy, z czasem jednak dosięgające wielkości dużych blaszek, lub téż zlewające się ze sobą i tworzące w ten sposób postacie nieprawidłowe; czasem zaś gromadki owe układają się w smugi, pierścienie, elipsy, półkola, podkowy itp. figury.

Na początku swego istnienia guzki pierzchnic płaskich bywają kuliste lub płaskie o suchéj matowéj powierzchni; z czasem jednak zaklękają, twardnieją, rzadko zwiekszając się nieco w objętości swéj. Następnie w środku płaskiego lub wklęśniętego guzka daje się czasem zauważyć biały punkcik — łuska; łuszczenie się może zająć całą powierzchnię guzka, w innych znowu przypadkach może go wcale i nie być w ciągu całego czasu trwania guzka, jakto np. bywa w *lichen obtusus* (Unna).

W okresie przeobrażenia wstecznego guzka, które po niejakim czasie trwania osutki nastaje, bez względu na to, czy łuszczenie się miało miejsce lub téż nie, guzek coraz się bardziéj spłaszcza, zanika, tak iż wkrótce na jego miejscu powstaje zagłębiona plamka szaréj barwy okrągła lub téż wielokątna, co téż oczywiście od kształtu poprzedniego guzka zależy.

Gromadki i blaszki pierzchnic płaskich złożone ze skupionych guzków, rzadko leżą odosobnione (*lichen discretus*); najczęściéj zaś od samego już początku dążą do układania się jedna obok drugiéj i zlewając się ze sobą tworzą różnokształtne większe blaszki, a czasem długie smugi; niemal zawsze jednak w sąsiedztwie takich smug i blaszek mniejsze gromadki i blaszki jakotéż i odosobnione guzki napotkać można. W mowie będące blaszki i pasma mają kształt rozetek lub zaokrąglonych wypukłych linij na zewnątrz, co sposób ich powstawania ze zlania się pojedyńczych guzków dosadnie wskazuje. Dalszy przebieg sprawy chorobowéj w *lichen planus* i los wymienionych smug i blaszek jest wynikiem zmian, któreśmy dla pojedyńczych guzków powyżéj opisali. Większe blaszki i pasma również z czasem objawiają łuszczenie się na powierzchni swéj, późniéj zaś w miarę postępowania przeobrażenia wstecznego sprawy chorobowéj i zanikania osutki, łuszczenie zmniejsza się lub całkiem ustaje a wtedy smugi owe i blaszki zaklękają na swéj powierzchni, otrzymując szarą barwę i otaczają się ciemno zabarwioną obwódką, ściśle odgraniczającą uległe cierpieniu części skóry od zdrowych.

W niektórych jednak przypadkach sprawa łuszczenia się, poprzedzająca okres zanikowy osutki, wielce się wzmaga; na powierzchni osutki narastają wtedy grube piętrzące się warstwy przyskórka. Przypadki takie Vidal wyróżnił jako odrębną postać pierzchnic płaskich, któréj nadał nazwę *lichen cornéen*.

Pierzchnice płaskie wikłają się czasem w dość rzadkich stosunkowo przypadkach pęcherzykowém cierpieniem skóry, wtedy obok guzków zebranych w gromadki i blaszki dają się spostrzegać wielkie pęcherze często powracające (3 przypadki Unny).

Niezawsze w przypadkach pierzchnic płaskich osutka z płaskich wyłącznie guzków złożona, w niektórych przypadkach pomiędzy gromadkami guzków płaskich rozrzucone są i kończyste guzki czerwonych pierzchnic Hebry (*lichen acuminatus ruber*); o podobnych przypadkach mówią: Kaposi, Colcott Fox, Duhring, Besnier, Lavergne i Unna. Ostatnia okoliczność wskazuje niejako blizkie powinowactwo pierzchnic płaskich z osutką *lich. rubri acuminati*, jakotéż podała powód niektórym dermatologom do zaprzeczania istnienia pierzchnic płaskich, jako odrębnéj postaci chorobowéj (Weyl).

Osutka pierzchnic płaskich usadowia się z początku zwykle na odnogach, zwłaszcza dolnych, ztąd następnie i na tułów się przenosi; czasem zaś jednocześnie osutka pojawia się na odnogach i innych częściach ciała: na brzuchu, lędźwiach i częściach rodnych. W rzadkich jedynie przypadkach osutka rozpoczyna się od tułowia, części rodnych lub twarzy (Héguy). (C. d. n.)

Prof. Sacharin: **Kalomel w niektórych ostrych i przewlekłych chorobach.**

Z licznych obserwacyj, robionych we własnéj klinice w Moskwie prof. S. podaje wiadomość o skuteczności kalomelu przeważnie w ciężkich przypadkach kolki wątrobowéj, oraz w przerostowéj formie marskości wątroby. Obserwował on liczne przypadki kolki, w których kalomel działał znakomicie, używając zaś innych leków w tych samych razach nie miewał nigdy dobrych skutków. W lżejszych przypadkach kolki z małemi zmianami dyspeptycznemi zaleca tylko ścisłą dyjetę, w cięższych zaś, gdzie napady kolki są bardzo silne, i jeżeli oprócz tego jest katar żołądka z żółtaczką, wzbrania nadużyć w piciu i jedzeniu, zaleca dyjetę i picie wód Emskiéj, Vichy lub Karlsbadzkiéj. Tam gdzie jednak wody mineralne nie skutkują, a szczególnie w przypadkach, w których ból w okolicy woreczka żółciowego ciągle się utrzymuje i przytém jest gorączka, należy podać kalomel, który działa doskonale i rychłą ulgę przynosi. Podaje się wówczas po 0,06 co godzina, a po 6téj dawce co 2 godzin. Po obfitém wypróżnieniu cechującém kalomel nie należy go podawać więcéj, a gdyby nawet po wyżyciu 0,72 kalomelu nie było stolca, należy po ostatniéj dawce dać jeszcze łyżkę *ol. ricini*. Jeżeli po kalomelu utrzymuje się rozwolnienie, to kilkanaście kropli *tinct. opii* powstrzymuje takowe. Naturalnie, że przez cały czas używania kalomelu, a nawet kilka jeszcze dni potém, należy usta płukać chloranem potasowym.

Podobnież i w marskości wątroby przerostowéj S. stósował kalomel z bardzo dobrym skutkiem.—Oprócz tego poleca dawać go w różach twarzy, szczególnie u starszych osób, jeżeli te cierpią na zaburzenia w przewodzie pokarmowym i kolki wątrobowe, a chininu nie znoszą. Często bowiem po podaniu

kalomelu na drugi lub trzeci dzień temperatura opada a róża znika. Jeżeli zaś gorączka nie zmniejszyła się, to jeszcze radzi podawać kalomel. Więcéj niż dwa razy nie należy stosować kalomelu, a po dwukrotnych próbach podajemy znowu chinin, który chorzy wówczas lepiéj znoszą.

W durze brzusznym daje S. w 1szym tygodniu kalomel, jeżeli nie ma rozwolnienia i siły chorego na to pozwalają; za środek jednak swoisty nie uważa go, lecz przypisuje mu dobre skutki na dalszy przebieg choroby.

Daléj zaleca go w zapaleniu płuc włóknikowém z przebiegiem stenicznym i to w pierwszych dniach choroby. Po kalomelowych wypróżnieniach temperatura opada, oddech staje się wolniejszy, lżejszy, chory śpi spokojnie i czuje się zdrowszym. S. obserwował też przypadki, w których po kalomelu odrazu występowało przesilenie. Niemniéj poleca kalomel w ostréj samoistnéj chorobie Brighta, a działanie jego ma być bardzo dobre, bo temperatura się obniża, bóle w okolicy nerek zmniejszają się, mocz bywa jaśniejszy i ilość jego zwiększa się. Przeciwwskazaniem jest znaczne osłabienie i rozwolnienie. *(Zeitschr. f. klin. Med.* IX tom, VI zeszyt).

Dr. J. Surzycki.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w grudniu r. 1885.

Tyfus brzuszny, który w kwietniu r. 1885 najwięcéj, w sierpniu zaś najmniéj był rozszerzonym, od września ciągle się wzmaga: w grudniu stwierdzono go w 56 gminach 30 powiatów, do 287 chorych pozostałych z końcem listopada przybyło 836, a z 1123 leczonych wyzdrowiało 741 osób czyli 66·0%, umarło zaś 89 czyli 7·9%, pozostało 293 osób w leczeniu. Najwięcéj gmin nawiedzonych tyfusem było w powiecie rawskim i tarnopolskim (po 5 gmin), najwięcéj chorych w powiecie czortkowskim (w trzech gminach 183 chorych), największa śmiertelność w jednéj gminie pow. rawskiego (Szczerzec 24%) i w jednéj gminie (Marcyporęba) pow. wadowickiego 29%.

Tyfus plamisty tylko nieznacznie rozszerzył się, stwierdzono go w 10 gminach 8miu powiatów, z 192 leczonych w grudniu chorych wyzdrowiało 133 czyli 69·3%, umarło 18 czyli 9·4%, pozostało w leczeniu 41 osób w trzech gminach. Najwięcéj chorych było w dwu gminach powiatu drohobyckiego, potém w jednéj gminie pow. dolińskiego, największa śmiertelność w Jabłonce (w górskim powiecie Turka) i w Wolicy w powiecie krakowskim (w obu 20%).

Tyfus powrotny utrzymujący się od początku października 1885 w jedynym powiecie jaworowskim, w początku grudnia panował w dwu gminach, późniéj tylko w jednéj. Z 88 leczonych chorych wyzdrowiało 56 osób czyli 63·6%, umarło 4 czyli 4·5%, pozostało 28 chorych w jednéj gminie. Także lekarz rządowy zatrudniony leczeniem chorych w téj gminie zapadł na tyfus powrotny.

Szkarlatyna. Liczba chorych leczonych w grudniu z powodu téj choroby była wyższą niż w każdym poprzednim miesiącu roku 1885, lecz ilość wyzdrowiałych była wyższą 63% (w listopadzie 56·3%), liczba zaś zmarłych znacznie niższą 12·3% (w listopadzie 16·5%). W ogóle stwierdzono szkarlatynę w 75 gminach 34ch powiatów, a z 2035 leczonych chorych wyzdrowiało 1283, umarło 251, pozostało w leczeniu 501 osób w 32 gminach. Najwięcéj gmin dotkniętych epidemiją szkarlatyny było w powiecie sanockim (6 gmin), potém w myślenickim i buczackim (po 5 gmin); najwięcéj chorych było w 3ch gminach powiatu trembowelskiego (187 osób) i przemyskiego (185 osób), potém w 4 gminach powiatu rzeszowskiego (160 osób); najwięcéj osób umarło w jednéj gminie pow. trembowelskiego (25 na 122 leczonych), największy zaś odsetek śmiertelności zdarzył się w jednéj gminie pow. borszczowskiego w Wierzchnikowcach, gdzie z 44 leczonych chorych 19 osób umarło, zatém 43%, także w powiecie buczackim był odsetek śmiertelności bardzo znacznym w pojedynczych gminach 20 do 36%.

Dyfteryja zarówno jak w latach poprzednich w listopadzie r. 1885 była najwięcéj rozszerzoną, a w grudniu już poczęła przygasać. Ogółem leczono 211 chorych w 18 miejscowościach trzynastu powiatów. Z tych 211 wyzdrowiało 98 osób czyli 46·4% (w listopadzie 41·7%), umarło zaś 77 osób czyli 36·5% (w listopadzie 40·9%) pozostało 36 osób w pięciu miejscowościach, przeważnie w powiecie rudeckim i w tym też powiecie największa była w grudniu śmiertelność.

Dysenteryja, która z końcem listopada w sześciu miejscowościach sześciu różnych powiatów pozostała, w ciągu grudnia wygasła tak dalece, że tylko w jednéj gminie 9ciu chorych z końcem roku pozostało. Z 135 leczonych chorych wyzdrowiało 88·9%, umarło 4·4%.

Odra wzmaga się znacznie a co gorsza złośliwość epidemii w niektórych powiatach jest bardzo znaczną, tak iż ogólny odsetek śmiertelności z całego kraju 10·2%. Stwierdzono tę chorobę w 81 miejscowościach 24 powiatów a ogółem leczono 3874 chorych, z tych wyzdrowiało 2596 czyli 67%, umarło 396 czyli 10·2%, pozostało w leczeniu 882 osób. Najwięcéj rozszerzoną była ta choroba w powiecie dąbrowskim (15 gmin) i w brodzkim (10 gmin), tarnobrzeskim (7 gmin) i tarnopolskim (5 gmin) w tych dwu ostatnich powiatach jakotéż i w powiecie bocheńskim szczególnie znaczną była śmiertelność.

Koklusz stopniowo się zmniejsza, stwierdzono go w grudniu w 37 miejscowościach w 18 powiatach; ogółem leczono 1496 osób, z tych wyzdrowiało 865 czyli 57·8%, umarło 98 czyli 6·6%, pozostało w leczeniu 533 osób.

Ospa szerzy się od października coraz więcéj; gdy w listopadzie stwierdzono ją w 22 miejscowościach trzynastu powiatów w grudniu rozszerzyła się już na 31 miejscowości 15 powiatów, przeważnie w powiecie sokalskim, sandeckim, nowotarskim i żywieckim. Z 566 leczonych w grudniu chorych wyzdrowiało 309 (277 szczepionych i 32 nieszczepionych) czyli 54·6%, umarło zaś 67 osób (26 szczep. i 41 nieszczep.) czyli 12%, pozostało w leczeniu 190 osób, z tych 133 szczepionych i 57 nieszczepionych.

Lwów d. 15 stycznia 1886. *Dr. Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,8. Z odry umarło 1 (2 z. t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 3 (1 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z zapalenia płuc 8 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 9ciu przypadkach odry, 3 płonicy, 1 błonicy. W tygodniu od 27 grudnia do 2 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 4, w Pradze i Rzymie po 5, w Budapeszcie 9, w Wiedniu 16, w Berlinie 1, w Paryżu 4, w Zurychu i Londynie po 1, w Liwerpolu 2. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie i Rzymie po 1. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 8, w Hamburgu 7, w Paryżu 28, w Londynie 17. Z odry umarło w Budapeszcie 38, w Londynie 94, w Paryżu 21. Z płonicy umarło w Berlinie 9, w Hamburgu 8. Z błonicy umarło w Warszawie 20, w Berlinie 36, we Wrocławiu 11, w Dreźnie 7, w Hamburgu 12, w Amsterdamie 10, w Chrystyjanii 11, w Londynie 47, w Paryżu 46.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 grudnia 1885 do 2 stycznia 1886 umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 18,3; w Warszawie 30,8; w Pradze 34,5; w Budapeszcie 34,7; w Wiedniu 25,5; w Berlinie 27,9; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 28,2; w Hamburgu 25,4; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 27,4; w Bazylei 27,9; w Brukseli 26,6; w Kopenhadze 22,3; w Londynie 26,5; w Odesie 34,5; w Paryżu 23,8; w Rzymie 26,9; w Stokholmie 19,2; w Zurychu 20,9.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. odbyła się dyskusyja nad podaną na przeszłém posiedzeniu przez prof. Obalińskiego metodą podniesienia nosa zapadniętego; w dyskusyi téj wzięli udział proff. Mikulicz i Obaliński. Następnie Drowie Rosner Jan i Prus mieli odczyty zapowiedziane; po pierwszym zabrał głos w dyskusyi doc. Jordan, ostatni zaś objaśniony był preparatami mikroskopowemi.

* Na przedstawienie Wydziału lek. Wydział krajowy zamianował członkami komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza prof. Mikulicza i doc. Jordana.

* W skutek zaproszenia prof. Wróblewskiego członkowie Tow. lekarskiego krak. zbiorą się do 27 bm. we środę o godzinie 6éj popołudniu w sali wykładowéj fizyki przy ulicy św. Anny.

* **Praga czeska** d. 18 stycznia Dzisiaj odbyło się walne zgromadzenie „Spolku lek. česk.“ Przeprowadzono wybory zarządu na rok bieżący. Rezultat tychże jest następujący: prof. Hlava przewodniczący, prof. Maixner zastępca tegoż. Członkowie wydziału: Docent Dr. Thomayer, Dr. Nečas, Dr. Rubeška, Dr. Deyl. Referenci z posiedzeń: Dr. Pečirka, Dr. Souček, Dr. Bláha. Rewidenci: Dr. Hechl, Dr. Ryba.

Z wniosków ważniejszemi były: Wniosek Dra Thomayera jednogłośnie przyjęty, aby drogą subskrypcyi utworzyć fundusz przeznaczony na nagradzanie prac naukowych medyków. Na założenie tego funduszu uchwaliło walne zebranie kwotę 200 złr. ze swojéj kasy. Bliższe warunki prac zasługujących na nagrodę, ich treść i inne szczegóły zarząd przedłoży w swoim czasie.

Wreszcie demonstrował prof. Steffal mężczyznę w kwiecie wieku, ślusarza z ogromną hypertrofiją wszystkich mięśni. Uderzającém było, że prawie każdy mięsień był widoczny przez skórę. Z całą dokładnością można było widzieć punkty wyjścia każdego mięśnia i miejsca przyczepiania się. Przypadek ten ciekawym jest pod względem plastycznym zewnętrznéj budowy ludzkiéj.

Dr. Obrzut.

* **Francyja.** Pod przewodnictwem prof. Petera zawiązał się w Paryżu komitet, mający obmyślać i zbierać środki celem wystawienia w m. Tours pomnika dla uczczenia pamięci Drów Bretonneau, Trousseau i Velpeau.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachium.** Na uniwersytet uczęszcza w półroczu bieżącém 2865 uczniów, na wydział lekarski przypada 1067 (523 Bawarów i 538 obcych). — **Dorpat.** Na 1704 studentów przypada obecnie 716 na wydział lekarski.

* **Odznaczenia.** Proff. Gegenbauer w Heidelbergu i His w Lipsku wybrani zostali członkami koresp. Akademii Umiejętności w Petersburgu. — Prof. anatomii w Hali Dr. Welcker otrzymał charakter tajnego radzcy lek.

* **Wiadomości osobowe.** Starszymi lekarzami w rezerwie mianowani zostali: Drowie Tadeusz Józefczyk, Erazm Kryszkowski i Jan Gęślak; lekarzem starszym w armii czynnéj Dr. Józef Madejski; przeniesieni zaś zostali do obrony krajowéj dotychczasowi starsi lekarze w rezerwie: Drowie Julijusz Bandrowski, Edward Pietrzykowski, Ferdynand Eichhorn, Kazimierz Szymkiewicz, Władysław Stupnicki, Karol Iwański oraz Eugeni Mitkiewicz.

* **Nekrologija.** Z *Gazety Lekarskiéj* dowiadujemy się, że śp. Dr. Teodor Anders umarł po kilkogodzinnéj zaledwie chorobie. Urodził on się w Warszawie d. 7 stycznia 1857, a w r. 1878 uzyskał stopień lekarza. Powołany do służby wojskowéj był zrazu lekarzem w szpitalu ujazdowskim, a następnie przez rok w Odesie. W roku zeszłym mianowany został p. o. ordynatora w szpitalu św. Łazarza. Ogłosił on: w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* rzecz o działaniu kwasu chryzofanowego w łuszczycy i o działaniu kw. pyrogalusowego; w *Gazecie Lekarskiéj* o kw. salicylowym jako środku poronnym w leczeniu szankrów miękkich, a w księdze pamiątkowéj Hoyera: O wiewiórze zgorzelinowym. Cześć pamięci młodego pracownika!

We Wiedniu umarł po krótkiéj chorobie pedyjatra Dr. Fanto w 48 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Mikulicza: Przyczynek do operacyi wola (dok.); Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.); w Nrze 3: Jasińskiego: Leczenie skolijozy. Przyczynek do chirurgii kręgosłupa; Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 3: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.).

Walne Zgromadzenie Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego odbędzie się we Lwowie dnia 20 lutego r. b. o godzinie 10 przed południem.

Rada Zawiadowcza rozesłała do wszystkich sekcyj Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego projekt memoryjału, jaki lekarze Galicyi mają zamiar wnieść do JEksc. p Ministra sprawiedliwości w sprawie polepszenia wynagrodzenia za czynności sądowolekarskie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 stycznia 1886. **№ 5.** Rok XXV.

I. O krążeniu krwi w komorce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

10. Układ naczyniowy żylny komórki zwojowéj i stosunek t. z. „jądra“ zwojowego do téjże.

Więcéj aniżeli zachowanie się ogólnéj siatki żylnéj zajmuje naszą uwagę rezultat nastrzykania żył w samych komórkach zwojowych.

Zaledwie oczom wierzyć można. Masa injekcyjna wciska się w głąb samego ciała komórki zwojowéj. Gdziekolwiek wzrok nasz na preparat padnie, wszędzie spostrzedz może pomiędzy blademi komórkami zwojowemi takie, które naznaczone są niebieską masą injekcyjną. I przeglądając setki cięć udanéj seryi, wszędzie znajduje się jednakowy rezultat.

Że więc mamy do czynienia z rzeczywistym faktem, nie ulega wątpliwości. Miałem więc za zadanie, zbadać znaczenie i istotę tegoż. Przy uważném obserwowaniu nastrzykanéj z żył komórki zwojowéj widzieć można wśród ciała téjże niebieskie okrągłe czasem nieco owalne kółko. Brzegi tego kółka odgraniczają się ostro od istoty ciała zwojowego. Przy wielkiém powiększeniu łatwo można poznać, że istota komórki zwojowéj, dochodząc do tego tworu, ostro się kończy. Środek niebieskiego kółka jest jaśniejszym, aniżeli obwód, zawiera więc mniéj masy injekcyjnéj aniżeli ostatni.

Gdy ten jasny środek przez pokręcenie śrubą mikrometryczną wstawimy sobie w pole widzenia, wtedy zobaczymy w nim jąderko komórki zwojowéj.

Teraz jest jasném i nie ulega żadnéj wątpliwości, że to, co niebiesko zostało nastrzykniętém, nie jest niczém innem, jak tylko tym tworem, który uchodzi za „jądro“ zwoju. Ponieważ przez jądro rozumiemy ciało stałe, a ponieważ z drugiéj strony twór przyjmujący masę injekcyjną nie może być stałym, lecz naturalnie próżnym, powstała więc dla mnie przez fakt nastrzyknięcia zwoju szczególniejsza zagadka.

Musiałem przypuścić, że albo jądro zwoju po śmierci znika, pozostawiając miejsce próżne, do którego masa injekcyjna się wciska, albo téż, że ciało uważane za jądro, nie jest niém, lecz preformowaną i przez to nastrzyknąć się dającą jamą.

Pytanie, która z tych dwóch możliwości odpowiada rzeczywistości, dało się rozwiązać.

Jeżeli bowiem środkowa jama była pierwotnie jądrem, to przypuścić należy, że zniknąwszy po śmierc utworzyła rodzaj próżni. Próżnia taka mogłaby posiadać własności ssące i przez to ułatwić wejście masy injekcyjnéj do wnętrza komórki zwojowéj.

Jeżeli zaś środkowa jama zwojowa była preformowaną i dając się z żył nastrzyknąć, była odcinkiem narządu żylnego komórki zwojowej, to musiała bezsprzecznie posiadać naczyńko, które ją z większemi żyłami, a przez to z ogólnym układem żylnym reszty ciała łączyło.

Pierwsze przypuszczenie, nieco naciągane, ale w danych warunkach usprawiedliwione, wytworzenia się próżni wśród zwoju już z góry jest mało prawdopodobne.

Nie zdarza się, zwłaszcza po śmierci, aby jądro ze zdrowéj komórki zniknąć miało. Jeżeli się rozpływa, to dzieje się to w czasie życia wtedy, gdy cała komórka zgorzelinowo się rozpada.

Przeciwnie, jądro po śmierci zostaje zbitsze i oporniejsze, aniżeli pierwoszcze komórki, a własność tę zawdzięcza większéj swéj zbitości.

Za faktem, że środkowa jama zwojowa nie tworzy się dopiero po śmierci, lecz jest preformowaną w komórce zwojowéj, przemawia niejedna okoliczność: Najpierw zwracam na to uwagę, że nastrzykania wykonywałem na trupach świeżych, a więc najwyżéj w parę dni po śmierci, gdzie o jakichkolwiek niezwykłych zmianach w tkankach nie mogło być mowy i że po nastrzyknięciu preparaty włożone zostały do płynów stwardniających, utrzymujących utkanie normalne.

Dalej na szczególniejszą uwagę zasługuje następujący fakt. Już badania moje unaczynienia rdzenia pacierzowego przekonały mnie, że naczynia krwionośne u noworodków i dzieci są znacznie szersze i obfitsze, aniżeli u człowieka dorosłego. Przypuszczając więc z tego, że może łatwiéj będzie wykazać naturę jądra w zwojach międzykręgowych u noworodków, wstrzykiwałem w tychże zwoje międzykręgowe i doszedłem do następujących wyników: Podczas gdy u dorosłych w całéj liczbie na przekroju zwoju widocznych komórek zwojowych zawsze tylko niektóre z nich są nastrzykane, u noworodków wykazać można to nader ważne zjawisko, że masa wstrzykiwana do każdéj komórki się dostaje i w każdéj napełnia ściśle tę część komórki, którą za „jądro“ uważać zwykliśmy. Widzimy zatém, używając np. w tym przypadku do nastrzykiwania żylnego masy karminowéj, w środku każdego zwoju ostro ograniczony czerwony pierścień, którego centrum pozostaje białe, zawierając niezabarwione jąderko. Dla dokładności dodaję jeszcze, iż właśnie wynik ten usuwa z góry każdą myśl o przypadkowém zabarwieniu masą injekcyjną, zwłaszcza, iż przy zabarwieniu stosunki są wprost odwrotne. Podczas, gdy bowiem przy nastrzykaniu pierwoszcza i jąderko są zupełnie niezabarwione a jądro stanowi czerwony pierścień, przy zabarwieniu najsilniéj zabarwioném jest jąderko, nieco mniéj pierwoszcze, a jądro wcale nie, lub tylko o tyle, o ile otoczone jest pierwoszczem lżéj zabarwioném.

Co do zachowania się względem barwików, to różni się w tym względzie jądro zwojowe od stałych jąder wszystkich innych komórek tkaninowych bardzo wybitnie. Podczas gdy ostatnie mają w wysokim stopniu zdolność wchłaniania barwików, którą właśnie swéj zbitości zawdzięczają, ma się rzecz w „jądrze“ komórki zwojowéj wręcz przeciwnie. W komórce zwojowéj „jąderko“ ze względu na barwiki zachowuje się podobnie, jak jądro w innych tkaninach.

Jakiegokolwiek barwika do barwienia użyjemy, zawsze twór za „jądro“ uważany przedstawi się jako blady rąbek naokoło silnie zabarwionego jąderka.

Najlepiéj atoli poznać można niezdolność barwienia się „jądra zwojowego“ jako też powód tegoż zjawiska, jeżeli się tkaninę nerwową, zwoje zawierającą, według przezemnie podanéj metody zabarwi safraniną.

Ciało zwoju barwi się wtenczas jasno a jąderko ciemnofioletowo. Od obydwóch zaś tych zabarwionych części zwoju odbija jasno i ostro blada szpara, która się pomiędzy obydwiema znajduje i na wewnątrz graniczy z jąderkiem, na zewnątrz zaś z ciałem zwoju, a w którego próżném wnętrzu wyraźnie widzieć można większe i mniejsze kropelki silnie załamujące światło. Próżna pęcherzykowata szpara jest „jądrem“ zwoju. Jak się o tém przekonałem, dają wszystkie anilinowe barwiki, obecnie w histologii używane, odpowiednie safraninie wyniki i jak już pierwéj powiedziałem, nawet o samym karminie, o którym zwykle podają, że najsilniéj barwi jądro i jąderko, wyraźnie powtarzam, że według moich doświadczeń zachowuje się tak, jak barwiki anilinowe, barwiąc najsilniéj jąderko, mniéj silnie pierwoszcze, a wcale niebarwiąc „jądra“.

Nakoniec posiadam na wykazanie, że t. z. „jądro“ jest jamą, jeszcze następujący dowód: Przy zupełném nastrzykaniu tętniczém komórki zwojowéj otoczoną jest komórka masą injekcyjną czerwoną, która, jak wyżéj powiedziałem, zbiera się między ciałem zwoju a uchyłkiem zwojowym i w ten sposób tworzy około całéj komórki zwojowéj rodzaj łupiny, która razem ze zwojem w niéj zawartym tworzy ciało mniéj przeźroczyste, aniżeli sam zwój. W skutek tego w przepuszczoném świetle ciemniéj się przedstawia, aniżeli sama komórka zwojowa nienastrzykana i daje łatwiéj, aniżeli ostatnia, poznać różnicę w zbitości całego tworu. Podczas bowiem gdy zwykła komórka zwojowa dla wielkiéj jéj przeźroczystości w swém ciele różnicę w zbitości jądra i ciała nie bardzo wyraźnie wykazuje, staje się po nastrzykaniu ciałem mniéj przeźroczystém i w ten sposób różnicę w zbitości łatwiéj wykazującém. I ważną właśnie jest rzeczą, że w tym stanie okazuje to szczególne zjawisko, że podczas gdy całe ciało komórki przedstawia się jako twór ciemno-czerwony, centrum tego ciała, odpowiadające „jądru“, odznacza się w oczy wpadającą bardzo wyraźną przeźroczystością.

Z tego zachowania się nastrzykanéj komórki zwojowéj wynika bez wątpienia, że t. z. „jądro“ komórki dla światła więcéj jest przepuszczalném aniżeli pierwoszcze, to znaczy, że nie jest jądrem, któreby było, według wszelkich naszych wiadomości, zbitszém aniżeli pierwoszcze komórki, lecz jest jamą.

11. Środkowa zatoka żylna komórki zwojowéj i środkowa żyła zwojowa.

Usunąwszy wszelkie wątpliwości tak co do miejsca próżnego w t. z. „jądrze“, jako też jego preeksystencyi, to z drugiéj strony możemy i o znaczeniu jego z wszelką pewnością dowiedzieć się, jeżeli nam się uda, jak pierwéj żądaliśmy, wykryć połączenie środkowéj jamy zwojowéj z żyłami za pomocą osobnych kanalików. Związek ten udało mi się w rzeczywistości wykazać.

Z środkowéj przestrzeni próżnéj wychodzą regularnie jedno, czasem i dwa naczyńka

Szczegółowy przebieg tych środkowych naczyniek jest następujący: Przebiega ono wyprostowane lub lekko pokręcone poprzecznie przez istotę ciała zwojowego. Następnie przekracza brzeg komórki zwojowéj, przechodzi przez przestrzeń wśród torebki zwojowéj, przez torebkę i uchodzi dopiero zewnątrz téjże do większéj żyły samego podłoża zwoju.

W ten sposób mamy dowód, że środkowa jama zwojowa rzeczywiście stoi w związku z naczyniem odprowadzającém.

Jeżeli więc istnieje naturalny związek naczyniowy pomiędzy jamą zwojową a żyłami ciała, to tém samém istnieje dowód, że pęcherz ten jest miejscem zbiorowém dla krwi żylnéj, t. j. środkową zatoką żylną zwoju, a połączenie to żyłą odpływową téjże zatoki, t. j. środkową żyłą zwojową.

Jako zatoka żylna musi ta środkowa jama próżna zwoju swe własne ściany posiadać. A ponieważ w téj zatoce żylnéj t. z. jąderko nie pływa wolno, lecz jest ustalone, więc zatoka żylna nie może być pęcherzem, lecz musi być próżnym pierścieniem, w kanale którego krew żylna płynie, a w którego otworze środkowym t. z. „jąderko“ jest usadowioném.

Żyła zwojowa środkowa zasługuje jeszcze więcéj niż z téj jednéj przyczyny na naszą szczególniejszą uwagę.

Stanowi ona pierwszy przykład dotychczas nieznanéj kategoryi naczyniek wśródkomórkowych. Należy ona wraz z tętnicami komórek zwojowych do grupy najmniejszych naczyniek, które w ogóle przydarzają się i posiada, podobnie jak ostatnie, szerokość dającą się ocenić zaledwie dziesięciotysiączną częścią jednego milimetra. Pomimo téj niezwykłéj drobności nie jest ona ani szparą tkaninową, ani kanalikiem sokowym *(Saftkanälchen)*, lecz jest naczyniem o własnych

ścianach. A poznać to można z tego, że od brzegu zwoju żyła ta zwojowa przechodzi przez przestrzeń wśródtorebkową i samą torebkę i dopiero w pewnéj odległości od téjże uchodzi do żyły większéj.

Z powodu swéj drobności można żyłę zwojową bardzo łatwo przeoczyć. I pewnie sam byłbym jéj nigdy nie znalazł, gdyby pobudzony niniejszemi badaniami bieg myśli nie był mi wskazał jéj obecności, jako konieczności fizycznéj, i gdybym uważając jéj istnienie za bardzo prawdopodobne, nie był jéj szukał z wielką cierpliwością.

Jeżeli się jednak naczyńko to raz zobaczyło, można je z łatwością rozpoznać prawie w każdym nastrzykanym zwoju.

Za pomocą mikroskopu elektrycznego mogłem w gabinecie fizycznym kol. prof. Wróblewskiego naturę wstrzykniętego jądra zwojowego i środkową żyłkę zwojową w projekcyi szerszemu kołu przedstawić.

Czasem zdarza się, że środkowa żyła zwojowa posiada nieco większą szerokość, aniżeli wyżéj podana, niekiedy do 1 lub 2 μ. Szukający z uciechą wita takie egzemplarze jako przedmioty bardzo pożądane, którémi swoją własną wątpliwość zaspakaja.

W każdym razie żyły środkowe, posiadające szerokości 1—2 μ, są wyjątkami. Tak ważne krążenie krwi w komórce zwojowéj odbywa się więc w rzeczywistości za pomocą żył, których nie mniéj niż 10,000 idzie na jeden milimetr.

Jestto tak dla fizyka jak i dla fizyjologa i patologa zajmującym problematem.

Pomimo niezaprzeczalnéj pewności, że t. z. „jądro“ jasno i wyraźnie można nastrzyknąć i że to jądro za pomocą bardzo cienkich a także i grubszych kanałów stoi w związku z żyłami miąższu zwojowego, nie byłbym nadał faktom, które nasze dotychczasowe wyobrażenia o budowie komórki zwojowéj zmieniają, tak wielkiego znaczenia, gdyby wykazany przezemnie układ tętniczy zwoju nie nadawał sam przez się wynikom nastrzykania „jądra“ tego znaczenia.

Jeżeli komórka zwojowa rzeczywiście wśród tętniczego leży prądu i ze wszystkich stron przez krew tętniczą jest oblana, to materyjał do odżywienia jéj służący nie w inny sposób jak z powierzchni jéj do wnętrza dostawać się musi, a po oddaniu składników odżywczych musi się zbierać wewnątrz komórki. Jeżeli więc nie chcemy zrobić zupełnie niefizyjologicznego przypuszczenia, że komórka zwojowa ma dopływ tętniczy, a odpływu żylnego nie posiada, to zmuszeni jesteśmy przyjąć przedstawione przeze mnie tłumaczenie moich wyników injekcyjnych.

Inaczéj trzebaby chyba stać na stanowisku wszelki postęp tamującém zaprzeczenia z faktów wysnuwających się wniosków, skoro fakta i wnioski te starym i utartym wyobrażeniom są nie na rękę. (Dok. nast.)

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

I. *Cystosarcoma ovarii sin.* Silne zrosty z macicą, jelitami i ścianą miednicy. Worek z gazy jodoformowéj wśródotrzewnowy. Wyleczenie w 24 dni po operacyi.

Maryja Winiarska z Głogowian w Królestwie Polskiém, l. 23, wdowa, pochodzi z rodziny zdrowéj i dotąd nigdy cięższych chorób nie przebywała. Regularność pojawiła się w 17 roku i powtarza się odtąd w odstępach prawidłowych. Od 3ch lat od czasu do czasu występują bóle napadami w całym brzuchu, a przed pół rokiem zauważyła pacyjentka po raz pierwszy w brzuchu po stronie lewéj guz wielkości cytryny. Guz ten rósł w ostatnich czasach szybko nie sprawiając zresztą pacyjentce innych dolegliwości. W dniu przyjęcia (7go listopada 1884) znaleziono stan następujący: Pacyjentka wzrostu miernego, dobrze zbudowana, nie źle odżywiona. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch odpowiadający rozmiarami ciąży 7-miesięcznéj; w jamie brzusznéj można wyczuć guz wielkości głowy chłopca z macicą stojący w bezpośrednim związku, o powierzchni zupełnie gładkiéj. Chełbotania wobec silnego napięcia ścian brzusznych wykazać nie można. Badanie przez pochwę wykazało również w sklepieniu przedniém i boczném lewém guz zrośnięty z macicą. Dnia 8 listopada 1884 przystąpiono do laparotomii. Cięcie w powłokach brzusznych poprowadzono od pępka do spojenia łonowego, a gdy takowe w ciągu operacyi okazało się jeszcze za małém, przedłużono je nieco ku górze. Po otwarciu jamy brzusznéj natychmiast ukazał się guz o powierzchni zupełnie gładkiéj wyraźnie chełboczący. Zrobiono punkcyję trójgrańcem Billrotha, przyczém wypłynęła znaczna ilość płynu krwawo czerwonego zmięszanego z kawałkami tkanki [1]). Po zmniejszeniu guza można się było przekonać, że wychodził z jajnika lewego i był bezpośrednio zrośnięty z boczną ścianą macicy i z kiszką grubą i cienką, jakotéż ścianą miednicy. Zrosty te, po części bardzo silne, odłuszczono prawie wyłącznie drogą tępą, przyczém w jedném miejscu na rozległości kilku centymetrów musiano oddzielić od kiszki cienkiéj błonę surowiczą a po części i mięsną tak, że sama tylko błona śluzowa pozostała nieuszkodzona. Po podwiązaniu i odpaleniu krótkiéj i wąskiéj szypułki i należytém oczyszczeniu jamy otrzewnowéj zamknięto zwykłym sposobem ranę brzuszną wprowadziwszy poprzód przez jéj dolny kąt do miednicy worek z gazy jodoformowéj w sposób wyż opisany.

Dalszy przebieg był zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy. Przez pierwszą dobę chora wymiotowała kilka razy bez wszelkich zresztą zaburzeń. Paski gazy jodoformowéj z worka wyjęto na 3ci dzień; cały worek wyjęto na 5ty dzień i zastąpiono go drenem grubym, na 8cm. długim. Dren ten skracano w następnych dniach a po tygodniu usunięto go zupełnie, 10go dnia usunięto szwy głębokie, 16go i powierzchowne; rana zupełnie zagojona *per primam intentionem.* Dnia 2go grudnia w 24 dni po operacyi pacyjentka opuściła klinikę wyleczona. Badanie guza wyciętego wykazało w nim utkanie mięsakowe. Pacyjentka przedstawiła się w 13 miesięcy ponownie. Wygląda bardzo dobrze i czuje się zupełnie zdrową. Badanie przez powłoki brzuszne i pochwę nie wykazuje żadnych zboczeń. Regularność wróciła już w 6 tygodni po operacyi i odtąd powtarza się w odstępach prawidłowych.

II. *Fibroma parovarii sin.* wrośnięte w miednicę. Wyłuszczenie z miednicy bez utworzenia worka otrzewnowego. Założenie worka z gazy jodoformowéj. Wyleczenie w 21 dni po operacyi.

Taube Katschykowa, lat 42, zamężna, żona handlarza z Złoczowa. Podaje, że prócz duru, który przebyła przed 10 laty nie zapadała zresztą na żadną chorobę. Miesięczne odpływy wystąpiły w 14 roku życia i odtąd pojawiają się w prawidłowych okresach czasu, bez bólu i w miernéj ilości. W 17

[1]) Późniejsze badanie wykazało strzępy tkanki mięsakowéj (*Cystosarcoma).*

roku wyszła za mąż i odbyła 8 porodów lekkich i prawidłowych. Przed półtora rokiem zauważyła chora w lewéj połowie brzucha guz wielkości jaja kurzego, twardy, który łatwo dał się przesuwać i nie sprawiając choréj zrazu dolegliwości dotąd powiększał się stale i jednostajnie, w ostatnich miesiącach w miarę powiększania się guza wystąpiły dolegliwości ze strony pęcherza i utrudnienie w oddawaniu stolca. Miesiączkowanie również jak poprzednio odbywa się całkiem prawidłowo.

Stan obecny. Chora przyjęta do kliniki chirurgicznéj w d. 17 maja 1885 przedstawiła stan następujący. Osoba dobrze zbudowana i odżywiona nie okazuje w narządach klatki piersiowéj żadnych nieprawidłowości. Granice wątroby i śledziony normalne. Brzuch, wzdęty zwłaszcza w dolnéj połowie i to więcéj po stronie lewéj, liczy w największym obwodzie przez pępek 110cm. Powłoki brzuszne grube i jędrne, miernie napięte okazują liczne blizny poporodowe, linija środkowa lekko brunatno zabarwiona, pępek wydatny. Przy obmacaniu wyczuć można śród brzucha guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, zajmujący przeważnie lewą połowę brzucha, którego granica górna dochodzi linii poziomej, przez pępek pociągniętéj. Przechodząc na prawo o 3cm. po za liniję środkową, dosięga na lewo okolicy, leżącéj w przedłużeniu przedniéj linii pachowéj; granica dolna leży tuż powyżéj lewego więza Pouparta. Powierzchnia guza niejednostajnie gładka, zbitość średnia, ruchomość ograniczona. Opukiwanie wydaje odgłos stłumiony w granicach odpowiadających położeniu guza. Badanie przez pochwę wykazuje wyciągnięcie ku górze części pochwowéj, tak że ją zaledwo końcem palca dosięgnąć można; przy ruchach guza również i część pochwowa bierze udział.

D. 19 maja poprowadzono cięcie od spojenia łonowego ku pępkowi w linii środkowéj brzucha długie na 10 centymetrów. Po otwarciu jamy brzusznéj ukazał się guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, okryty powłoką otrzewnową ściśle zrośniętą ze ścianami guza, w któréj szerzyły się sploty grubych żył. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzucha wyważono z głębi guz, który prócz kilku zrostów cienkich i długich całkiem wolno zresztą zalegał miednicę wielką; w miednicy małéj zaś bezpośrednio przechodził w ścianę lewą téjże, usadowiony między blaszkami więzadła szerokiego macicy, która wyparta była ku stronie przeciwnéj. Podwiązawszy trąbkę i grube naczynia, za pośrednictwem których zostawał guz w związku z macicą, odcięto przy podstawie jego powłokę otrzewnową, otaczającą guz do koła, poczém usunięto guz z jamy brzusznéj drogą tępą, a wszystkie naczynia krwawiące najstaranniéj ujęto w podwiązki z jedwabiu. Po oczyszczeniu dokładném jamy brzusznéj z nagromadzonéj tamże w miernéj ilości krwi i cieczy puchlinowéj wsunięto aż na dno rany w miednicy przez wyłuszczenie guza powstałéj bezpośrednio worek z gazy jodoformowéj i wypełniono takowy trzema paskami gazy jodoformowéj, których końce wraz z szyją worka umieszczono w dolnym kącie rany brzusznéj zewnętrznéj. Zresztą zespojono i opatrzono ranę jak zazwyczaj. Wyłuszczony guz okazywał kształt jajowaty, nieco ku stronie prawéj przewężony, tak że można było odróżnić dwie jego części, jednę większą wielkości głowy dorosłego mężczyzny, drugą mniejszą wielkości główki dziecka (która tkwiła w małéj miednicy). Ciężar jego wynosił $6^1/_2$ kilogr., a badanie pod mikroskopem wykazało utkanie odpowiadające zbitemu włókniakowi. Przebieg pooperacyjny odbywał się prawie bezgorączkowo. Ciepłota raz tylko w dniu ósmym po operacyi dosięgla 38·1, najwyższa liczba tętna wynosiła drugiego dnia 100. Pierwszego i drugiego dnia po operacyi wymiotowała chora kilkakrotnie, przyczém uskarżała się na ból piekący w saméj ranie. Przypady te sfolgowały znacznie w dniu trzecim, a dnia czwartego w zupełności ustąpiły.

D. 21, a więc we dwa dni po zabiegu operacyjnym, usunięto paski gazy jodoformowéj, wprowadzone do wnętrza worka, przyczém znaleziono opatrunek przesiąknięty mierną ilością wydzieliny surowiczo krwawéj. Zaopatrzono ranę jak poprzednio wsuwając w głąb worka w miejsce pasków gazy dren długi na 5cm.

D. 22 i 23. Stan ogólny choréj zadowalający; podano choréj, która dotąd zachowywała ścisłą dyjetę, mleko łyżkami.

D. 24 zmiana opatrunku, przyczém wydobyto w zupełności worek wprowadzając natomiast dren średnicy palca małego. Ilość wydzieliny skąpa.

D. 26 przecięto dolne dwa szwy płytkowe, dren skrócono o jedną trzecią część jego długości.

D. 29 chora czuje się zupełnie dobrze. Przy zmianie opatrunku wyjęto wszystkie szwy płytkowe i szwy jedwabne głębokie, pozostawiając jedynie szew kuśnierski. Brzegi rany zlepione przez rychłozrost, z wyjątkiem dolnego kąta, w którym tkwi sączek. Dren skrócono daléj.

D. 31 usunięto w zupełności dren, jakoteż szew kuśnierski.

D. 5 czerwca rana zewnętrzna brzuszna w zupełności zabliźniona, a chora po założeniu paska brzusznego opuściła łóżko. Siły choréj niebawem poprawiły się tak, że bez wysiłku może przechadzać się czas dłuższy. D. 9, w 21 dni po operacyi, zupełnie uleczona opuściła zakład kliniczny.

III. *Cystis dermoidalis* lewego jajnika, zropiała i z całém otoczeniem ściśle zrośnięta. Wyłuszczenie. Worek z gazy jodoformowéj w jamie otrzewnowéj. Operowana opuszcza klinikę w 24 dni po operacyi.

Maryja Rosenzweigowa, 35 lat licząca, zamężna, ze Stobnicy w Królestwie Polskiém. Menstruacyja pojawiła się w czternastym roku życia i była zawsze prawidłową; rodziła raz jeden przed dwunastu latami. Po porodzie chorowała przez pięć miesięcy *(Para- et Perimetritis)* i od tego czasu czuje się ciągle osłabioną. W trzy lata po porodzie zauważyła guz w okolicy pępka. Gdy skóra po nad guzem mocno się zaczerwieniła, lekarz przyzwany przeciął go i wypuścił znaczną ilość ropy. Powstała przetoka, która się nie zagoiła mimo różnych zabiegów i wydzielała ropę przez cały szereg lat. W skutek tego udała się chora do Warszawy, gdzie w szpitalu żydowskim wykonano operacyję, po któréj się przetoka zagoiła. Kilka tygodni późniéj utworzył się znowu ropień; po przecięciu tego wydobyto tym razem obok ropy znaczną ilość włosów oraz kość kształtu zęba. Po kilku miesiącach rana się zagoiła, chora czuła się silniejszą, atoli w brzuchu zawsze mogła sama wybadać guz po nad talerzem kości biodrowéj. Przed miesiącem chora zaniemogła znowu; wystąpiło rozwolnienie, utrzymujące się do obecnéj chwili, również guz stał się bardzo bolesnym, a po stronie lewéj brzucha powstał ropień, który przed kilkoma dniami pękł.

Dnia 15 czerwca r. 1885 przybyła chora do kliniki chirurgicznéj, gdzie znaleziono stan następujący: Kobieta wzrostu średniego, wątło zbudowana, nędznie odżywiona, mocno niedokrewna. W organach klatki piersiowéj nie ma zboczeń; wątroba i śledziona rozmiarów prawidłowych. Cie-

płota ciała normalna, tętno regularne, nikłe. Brzuch obwisły, skóra na nim pomarszczona, w wysokie fałdy ująć się dająca, mięśnie proste brzucha przedstawiają znaczny rozstęp. Od pępka aż do spojenia łonowego i przetoki nad kolcem kości biodrowéj leżącéj ściana brzuszna zamieniona w jedną bliznę, ściśle zrośniętą z częściami głębszemi. W dolnéj części brzucha po stronie lewéj znajduje się guz, sięgający od linii środkowéj ciała do okolicy lędźwiowéj, od przedniego kolca kości biodrowéj aż do wysokości pępka, o powierzchni nierównéj, guzkowatéj, konsystencyi elastycznéj z opisaną blizną ściśle zrośnięty. Odgłos po nad guzem stłumiony, w innych częściach brzucha bębenkowy. Chełbotania wykazać nie można. Guz prawie nieruchomy. Na dolnym jego brzegu znajduje się w ścianach brzusznych przetoka wchodząca w sam guz, przez którą wydobywa się cuchnąca rzadka ropa, zawierająca krótkie włosy. Część pochwowa macicy w osi miednicy ułożona, zanikła, macica ku górze wysunięta, poruszająca się przy ucisku na guz przez powłoki brzuszne. Dn. 27 czerwca cięcie w linii środkowéj, rozpoczynające się kilka centymetrów po nad pępkiem, zmierzało ukośnie ku dołowi i na zewnątrz a dzieląc się we dwa cięcia eliptyczne obejmowało część istniejącéj blizny oraz otoczenie przetoki. Wydobycie torbiela przedstawiało niezmierne trudności, a stały mu na przeszkodzie liczne zrosty z siecią, jelitami, pęcherzem, macicą i ścianą miednicy. Ani jeden cal powierzchni torbiela nie był wolnym od silnych zrostów. Przy oddzielaniu zrostów od *flexura sigmoidea* ściana téjże uległa przedarciu w rozległości dwóch centymetrów. W miejscu przedarcia założono zaraz szew jelitowy. Również cała prawie tylna ściana pęcherza została nadwyrężoną tak, że na przestrzeni równającéj się wielkości dłoni pozostała tylko błona śluzowa pozbawiona warstwy mięsnéj i surowiczéj. Zrośnięcie torbiela z wewnętrzną powierzchnią talerza kości biodrowéj było tak ścisłe, że w miejscu odpowiadającém położeniu wielkich naczyń i moczowodu z obawy uszkodzenia tychże musiano pozostawić część ściany torbiela, którą po wyskrobaniu przypalono termokauterem. W obec silnego zapadu nie chciałem już przedłużać operacyi zakładaniem szwu pęcherzowego wskazanego odsłonięciem błony śluzowéj. Po dokładnem wyczyszczeniu jamy otrzewnowej założono do miednicy worek z gazy jodoformowéj, do którego wprowadzono cztery paski gazy. Ranę zespojono zresztą zwykłym sposobem. Opatrunek uciskający. *Catheter à demeure.* Guz wielkości głowy chłopca przedstawił się jako wielokomorowy torbiel skórzakowy, zawierający całe zwoje włosów, po większéj części zropiały.

Przez kilkanaście pierwszych godzin po operacyi objawy silnego zapadu. Następnego dnia chora bardzo słabiona, nieprzytomna, tętno nitkowate zaledwie wyczuwalne. Ciepłota niższa od normalnéj. Podano środki podniecające.

30/6 stan ogólny lepszy, ciepłota normalna, tętno pełniejsze, 112 uderzeń na minutę. Zmieniono opatrunek; powierzchowną gazę przesiąkniętą krwią zastąpiono świeżą.

2/7 chora nie gorączkuje, przytomna, wiatry odchodzą, w nocy było wolne wypróżnienie. Przy zmianie opatrunku wyjęto z worka dwa paski gazy.

4/7 stan zupełnie zadowalający. Usunięto cały worek z gazy jodoformowéj, a w miejsce jego założono gruby dren. Rana w górnéj połowie zgojona przez rychlozrost, w dalszéj połowie w zakresie blizny na brzegach nekroza. Wyjęto szwy płytkowe.

7/7. Przy zmianie opatrunku spostrzeżono, że tenże przesiąknięty jest moczem; założono znowu kateter od dwóch dni usunięty. Jamę ranną przestrzykano roztworem kwasu salicylowego (3°/₀₀) i mięszaniną gliceryny z jodoformem (10:1).

9/7. Mocz odpływa w większéj ilości cewnikiem, częścią przez dren. Codzienna zmiana opatrunku, przestrzykiwanie kw. salicylowym i mięszaniną jodoformu.

11/7 wyjęto szwy jedwabne.

17/7 mocz przez ranę więcéj nie odpływa; wyjęto kateter i polecono wprowadzać go co kilka godzin. Ilość wydzieliny znacznie mniejsza, skrócono dren.

21/7. Chora z raną zagojoną prócz miejsca, gdzie pozostawiono sączek około 5cm. długi, opuszcza zakład kliniczny znacznie lepiéj odżywiona i silniejsza, z poleceniem zasięgania rady lekarskiéj w domu i przedstawienie się po wakacyjach.

Pacyjentka przedstawiła się w grudniu roku ubiegłego zupełnie zdrowa i dobrze odżywiona. Miejscowo oprócz rozstępu mięśni prostych i pozostałych blizn żadnych zmian chorobowych wykazać nie można. (C. d. n.)

III. Z kliniki okulistycznéj prof Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. **F. Marcisiewicz**,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

2. Zaćmy powikłane.

Zaćm powikłanych z innemi cierpieniami oka operowano 12.

1) Raz było cierpienie woreczka łzowego (*blennorrhoea sacci lacrym.*); pomimo iż przez poprzednie wprowadzanie sondy Bowmana doprowadzono do tak znacznego polepszenia, iż nic z woreczka wygnieść nie można było, jakoteż pomimo prawidłowego przebiegu operacyi (*Graef. extract. lin. prf. mdf.*), wypłukania worka spojówkowego kwasem borowym przed operacyją a zasypania jodoformem po téjże, wystąpiło drugiego dnia ropne zapalenie rogówki i tęczówki (*Kerato-iritis suppurativa*), które w następstwie zanik oka a tém samém zupełną utratę wzroku sprowadziło.

2) Raz mieliśmy zaćmę schyłkową powikłaną z jaskrą; światło stoczka poznawała chora na 6·0, lokalizacyja niepewna. Przed 2 miesiącami wykonano irydektomiję; z powodu braku komórki przodkowéj poprowadzono nożykiem linearnym cięcie równocześnie przez torebkę soczewkową. Pomimo zresztą prawidłowego przebiegu operacyi i po operacyi, chora poznawała tylko stoczek na 6·0 w chwili wystąpienia z kliniki z powodu grubéj *cat. secund.*; uzupełniającéj operacyi poddać się nie chciała. Tn., kom. przodkowa przywrócona. Oka więc tego za stracone uważać nie należy, wszelkie bowiem były warunki pomyślnego wyniku następnéj operacyi.

3) Dwa razy operowano zaćmę powikłaną z wyższym stopniem krótkowidzenia; u jednego przebieg operacyi był prawidłowym, w drugim był mierny upływ ciałka szklanego z następową lekką *iritis.* Wynik co do wzroku był w obu razach mierny (palce 3·5) z powodu zmian chorobowych na dnie oka.

4) Raz była zaćma powikłana *cum chorioditide disseminata*; wynik dobry $V^{6}/_{24}$.

5) Raz operowano zaćmę dojrzałą dosyć silnie nadwichniętą metodą *Graef. mdf. pf.* z użyciem łyżeczki Graefego

i z odpływem ciałka szklanego, wynikiem niepomyślnym o tyle, iż pozostała w znacznéj ilości kora zatykając całą źrenicę uniemożliwiła widzenie, chora zaś pomimo jak najlepszych warunków do operacyi poddać jéj się nie chciała.

6) Raz operowano zaćmę powikłaną z zanikiem pozapalnym nerwu wzrokowego, pomimo najlepszych warunków optycznych chora nie liczyła zupełnie palców. Tarcza nerwu wzrokowego była blada, tętnice i żyły cienkie.

7) 2 razy operowano zaćmę powikłaną z licznemi przyczepinami tęczówkowemi. W obu razach V. = $^6/_{60}$.

8) 3 razy operowano zaćmę powikłaną z blizną rogówkową (raz z wrośnięciem tęczówki), z miernym wynikiem co do wzroku: palce na 3·5.

3. Zaćmy następcze.

1) Zaćm powstałych w następstwie *Irido-choroiditis chronica* operowano 9 u 7 chorych. 6 razy sposobem obwodowym lin. Graefego, raz dawnym sposobem linijowym z irydektomiją, w dwóch zaś razach z powodu zupełnego braku kom. przodkowéj za pomocą ekstrakcyi według Wencla. Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowy wyjąwszy ostatnie 2 przypadki, u których wytworzył się powolny zanik gałki ocznéj. W 2 oczach osiągnięto bystrość wzroku dobrą ($V^6/_{18}$, $^6/_{24}$), w czterech mierną (3·0—5·0 palce), w 3 V=0.

2) Zaćm urazowych operowano 3; w 2 użyto dawnéj ekstrakcyi linijowéj z irydektomiją z wynikiem pomyślnym ($^6/_{24}$, $^6/_{36}$); w trzecim zaś, gdzie jądro było twarde a ciało obce (kawałek kapzli) tkwiące od 10 lat w miąższu soczewki było widocznem, użyto metody obwodowéj linijowéj Graef. przy czém wynik, z powodu przebytéj *irido-kyklitis* był miernym (palce 3·5).

3) Z pozostałych ośmiu zaćm, operowanych zapomocą rozcięcia albo wydobycia linijowego nożykiem grotowym sześć było wrodzonych, dwie zaś w pierwszych latach życia nanabytych. W pierwszych sześciu mimo pomyślnego przebiegu operacyi chorzy prawie nic nie widzieli *(amblyopia ex anopsia)* w dwóch ostatnich liczyli palce na kilka metrów.

B) Jaskra (*Glaucoma*).

Ogółem przyjęto do kliniki stałéj w przeciągu dwóch lat 32 chorych jaskrą pierwotną dotkniętych (13 m., 19 k.). Pod względem wieku zachodził następujący stosunek:

	M.	K.	R.	
30—40	—	1	1	= 3·12%
40—50	—	8	8	= 25·00
50—60	5	8	13	= 40·62%
60—70	6	2	8	= 25·00
70—80	2	—	2	= 6·25
Razem	13	19	32	

Zgodnie z wykazami z innych klinik największa liczba chorych przypada na szósty dziesiątek lat; na czwarty przypada zaledwie jeden chory; poniżéj 30go roku życia nie spotkaliśmy się z żadnym. Błędném byłoby jednak chcieć wysnuwać z powyższego wykazu wniosek, jakoby jaskra była wyłącznie chorobą wieku starszego. Pewném jest, że po pięćdziesiątym roku życia występuje ona najczęściéj, nie zbyt rzadkie są jednak przypadki téjże już między 30 a 40 rokiem, w wieku młodzieńczym i dziecięcym spotykamy ją tylko wyjątkowo. Że w sprawozdaniu niniejszém spotykamy się zaledwie z jednym przypadkiem poniżéj 40 roku życia, jest to trafem, odgrywającym zazwyczaj tém wybitniejszą rolę, im mniejszą jest liczba spostrzeżeń.

Wiadomo, iż jaskra w przeważnéj liczbie przypadków nagabuje, chociaż nierównocześnie, obadwa oczy. Graefe pierwszy zwrócił uwagę na różnicę, jaka zachodzi pod tym względem między jaskrą prostą i zapalną. Podczas gdy pierwsza zajmuje zazwyczaj obadwa oczy w krótkim czasie jedno po drugiém, zapalna pozostawia często przez długi jeszcze czas, a niekiedy nawet na zawsze, drugie w spokoju. U 21 chorych (65·62%) były oba oczy zajęte, u 11 (34·37%) zaś tylko jedno. Między ostatniemi spotykamy się prawie wyłącznie z jaskrą zapalną, która w trzech przypadkach, pomimo dwuletniego trwania na jedném oku, drugiego dotąd wcale nie zajęła. U jednego chorego stwierdzono jaskrę prostą na jedném oku, trwającą już od 3 lat, a mimo to było drugie (lewe) oko wolne. Przypadek ten jest jednak o tyle niezwykłym, że to oko od 30 lat pozbawione było poczucia światła, wziernikiem zaś można było wykazać rozległy zanik naczyniówki i nerwu wzrokowego. W 21 przypadkach obuocznego cierpienia czas między wystąpieniem jaskry na jedném i drugiém oku był rozmaicie długim. Najdłuższa przerwa wynosiła cztery lata, w 2 przypadkach jaskry prostéj i 2 zapalnéj wystąpiło cierpienie równocześnie na obu oczach. — Gdy nierzadko postać jaskry różną była na obu oczach tego samego chorego, najwłaściwiéj więc będzie podać liczbę nie chorych, lecz ócz dotkniętych rozmaitemi postaciami choroby.

Otóż licząc według ócz przypada na jaskrę prostą 8 (4 m., 4 k.), zapalną 27 (8 m., 19 k.), bezwzględną 18 (7 m., 11 k.)

Uderzającą jest w powyższém zestawieniu znaczna przewaga kobiet (59·3%) nad mężczyznami (40·6%), licująca ze zdaniem niektórych autorów, że kobiety częściéj od mężczyzn podlegają jaskrze. Przeglądając wykazy statystyczne różnych zakładów napotykamy między niemi istotnie i takie, któreby za tą przewagą płci żeńskiéj przemawiały, podczas gdy inne dowodzićby się zdawały nawet wprost odwrotnego stosunku. Zliczywszy liczby objęte jednemi i drugiemi, przychodzi się w końcu do tego przekonania, że płeć nie odgrywa w téj mierze wpływu wybitnego, że zatém i znaczna przewaga kobiet w naszém sprawozdaniu jest przypadkową. Natomiast nie ulega już dziś wątpliwości, że różne postacie jaskry różnie rozkładają się według płci, mianowicie, że jaskra prosta częściéj nagabuje mężczyzn od kobiet, podczas gdy te częściéj podlegają postaciom zapalnym. Prof. Rydel był właśnie pierwszym, który już przed 20 laty (w sprawozdaniu z kliniki wiedeńskiéj za lata 1863 do 1865 r.) zwrócił uwagę na ten stosunek, tłumacząc go zarazem w ten sposób, że nawały krwi do głowy i oka po ustaniu miesiączki dają u kobiet bezpośredni powód do wybuchów zapalnych.—Na 53 ócz dotkniętych jaskrą przypada 18 pozbawionych zupełnie poczucia światła; w pozostałych 35 upośledzenie wzroku było bardzo różném, od bardzo nieznacznego aż do utrzymania tylko ilościowego poczucia światła. W ogóle robiono ciągle to smutne spostrzeżenie, że wielu chorych szuka pomocy zbyt późno. Dowodzi tego właśnie wysoka odsetka (33·9%) ócz, dotkniętych jaskrą bezwzględną. Zbyt często niestety znajdujemy się w tém przykrém położeniu, że choremu, przybyłemu nieraz z dalekich stron, odmówić musimy wręcz wszelkiéj nadziei odzyskania wzroku, jedynie dlatego, iż z powodu późnego okresu choroby wszelkie nasze zabiegi byłyby pod tym względem daremnemi. Niespełna przed rokiem przybyła do kliniki kobieta, mieszkająca stale w Krakowie, która, nie szukając nigdzie porady, pomimo iż klinikę miała pod bokiem, ociemniała na oba oczy bezpowrotnie skutkiem jaskry. Bardzo dużo nie-

stety mógłbym przytoczyć takich nieszczęśliwych, którzy padli ofiarą tak silnie zakorzenionych w społeczeństwie przesądów. Rzecz tę uważając za bardzo doniosłą nie chciałem jéj pominąć zupełnie milczeniem, sądzę bowiem, iż my lekarze możemy znacznie przyczynić się do zmniejszenia złego, przedstawiając chorym na jaskrę już w samym początku całą nagą prawdę, całe groźne dla wzroku niebezpieczeństwo, które tylko wczesne wykonanie operacyi usunąć może.

Irydektomij wykonano ogółem 43. W celu utrzymania a względnie przywrócenia wzroku operowano 35 razy; w celu usunięcia dolegliwych bólów lub téż zapobieżenia zwyrodnieniu jaskrowemu wykonano ośm irydektomij. W jednym przypadku jaskry bezwzględnéj wyłuszczono gałkę oczną z powodu rozległego ropienia rogówki i silnych bólów. Na 9 oczach pozbawionych poczucia światła nie wykonano żadnéj operacyi. W jednym przypadku wystąpienie zapalenia płuc zniewoliło nas do zaniechania operacyi, raz zaś sam chory dopuścił operacyję tylko na jedném oku, pomimo, iż obadwa miał jaskrą zajęte. — Ku górze wykonano 31 irydektomij, 12 zaś ku dołowi; ten ostatni kierunek wybierano tylko w razie koniecznéj potrzeby, tak np. jeśli tęczówka w ogóle zanikła, ku dołowi wyglądała jeszcze względnie najlepiéj, lub téż jeśli zachodziła potrzeba powtórzenia operacyi. Jak już powyżéj, mówiąc o zaćmach, wspomniałem, wystąpiło u jednéj choréj 14go dnia po prawidłowo przebytéj ekstrakcyi obwodowéj Graefego podwyższenie ucisku śródocznego; w przypadku tym wykonano irydektomiję od dołu z pomyślnym skutkiem.

Przebieg operacyi był zupełnie prawidłowym w 35 przypadkach; w ośmiu zaszły następujące zboczenia:

1) Silny krwotok do komórki przodkowéj bezpośrednio po wycięciu tęczówki wydarzył się 4 razy i to właśnie u tych chorych, u których przed operacyją energicznie zapuszczano ezeryn.

2) Raz wypadło cięcie w rogówce w kształcie płata, przez co opóźniło się znacznie gojenie się ranki, a jeden brzeg szczeliny tęczówkowéj wrósł w bliznę.

3) 3 razy wycięto tęczówkę za wązko, skutkiem czego w dwóch przypadkach musiano operacyję powtórzyć.

Sprawa gojenia odbywała się zupełnie prawidłowo, w następujących tylko kilku przypadkach wystąpiły zboczenia od przebiegu prawidłowego:

1) 3 razy wystąpiła *iritis adhaesiva*, nie sprowadzając żadnych następstw szkodliwych.

2) Wrośnięcie jednego lub obu brzegów szczeliny tęczówkowéj w bliznę i lekkie wydęcie ostatniéj wydarzyło się 4 razy, przeważnie w oczach jaskrą bezwzględną zajętych.

3) Krwotok do ciałka szklanego i siatkówki wystąpił 2 razy; w jednym przypadku po 6 injekcyjach pilokarpinu, w drugim bez żadnych zabiegów leczniczych ustąpiła krew bez śladu.

4) Raz po prawidłowéj irydektomii na oku jaskrą bezwzględną zajętém, wystąpiła soczewka drugiego dnia po operacyi z oka pod spojówkę, zkąd wydalono ją na zewnątrz bez szkodliwych następstw dla oka.

5) W trzech wreszcie przypadkach prawidłowéj zupełnie operacyi gojenie ranki i wypełnienie się komórki przodkowéj przewlekało się znacznie bez wiadoméj przyczyny.

Wyniki operacyjne odpowiadały we wszystkich przypadkach w zupełności rokowaniu z wyjątkiem trzech, w których ucisk śródoczny dopiero po powtórnéj irydektomii uległ stałemu obniżeniu. (Dok. nast.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.
Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Sądzę, że uczyniłem w zupełności zadość życzeniu szan. antora i poparłem „dowodami naukowemi" twierdzenie stanowcze, że w przypadku, o którym mowa, można było przypuścić tylko otrucie sinkiem potasu, a należało z góry wykluczyć wszelkie inne trucizny. Wiem aż nadto dobrze z własnego doświadczenia, że zmiany anatomiczne, cechujące otrucie sinkiem potasu, nie występują we wszystkich przypadkach, lecz tylko w przypadkach wybitnych. Liczne przypadki otrucia sinkiem potasu, które widziałem w Krakowie, a zwłaszcza we Wiedniu, gdzie one często się zdarzają, mogę podzielić na 2 kategoryje: albo użytą została dawka duża preparatu świeżego, a wtedy były zmiany takie, jak je opisuje Hofmann; albo użytą została dawka mniejsza, lub preparat był nieczysty, lub wreszcie trucizna zażytą została w płynie kwaśnym lub treść żołądkowa była kwaśną, — wtedy zmiany anatomiczne bywały nieznaczne. Na tę różnicę zwrócił uwagę odrazu Hofmann, a zgadza się w téj mierze z nim w zupełności Lesser (l. c.). Prof. F. musiał téż przypadek, o którym mowa, uważać za wybitny, skoro na podstawie oględzin żołądka i jelit oświadczył stanowczo, że zmiany takie pochodzić mogą tylko z otrucia. Dzięki postępowi nauki doświadczony lekarz sądowy obecnie, nabrawszy przekonania, że ma przed sobą przypadek wybitny otrucia, jest zarazem w stanie z największém podobieństwem do prawdy, graniczącém o pewność, podać odrazu rodzaj trucizny, nie oglądając się na wynik badania chemicznego. Do tych przypadków należą głównie otrucia wybitne za pomocą tlenku węgla, kw. siarkowego, fosforu, chloranu potasowego, kw. karbolowego, ługów, sinku potasu. W przypadkach takich częstokroć na pierwszy rzut lekarz mający nieco większe doświadczenie rozpoznaje, jaka trucizna stała się przyczyną śmierci, i jak w przypadku wyżéj przezemnie przytoczonym z r. 1875 ówczesny asystent zakładu anat. patol. odbywszy sekcyję rozpoznał odrazu otrucie sinkiem potasu, tak otrzymuję z tegoż zakładu zwłoki, po odbyciu na nich sekcyi klinicznéj przez jednego z asystentów, z gotowém rozpoznaniem otrucia kw. siarkowym, fosforem, sinkiem potasu, a nie przypominam sobie, aby rozpoznanie takie kiedykolwiek okazało się błędném. Dla osiągnięcia atoli pewności zupełnéj lekarz sądowy posługuje się jeszcze na miejscu pewnemi próbami wstępnemi. Pomijając otrucie tlenkiem węgla, które rozpoznajemy nie tylko bez pomocy chemików, ale nawet i przed sekcyją, gdyż wystarcza odjęcie trupowi małéj ilości krwi i zbadanie jéj, co każdym razem praktykuje się w zakładzie tutejszym, — pomijam i inne próby wstępne, np. w obec prawdopodobnego otrucia fosforem, chloranem potasowym itd., — lecz przypominam, że lekarz sądowy podejrzywając jakiekolwiek otrucie bada przedewszystkiém oddziaływanie treści żołądka [1]), a przypuszczając otrucie kw.

[1]) „Die Reaction des Mageninhaltes zu prüfen darf *niemals* unterlassen werden u. kann namentlich bei Vergiftungen mit stark sauren oder stark alkalischen Substanzen eine *hohe* Bedeutung

pruskim lub sinkiem potasu stósuje próbę Schönbeinowsko-Preyerowską [1]), a wiadomo, że wynik dodatni téj próby jest bardzo ważnym i uprawnia do rozpoznania otrucia kw. pruskim lub sinkiem potasu a do wykluczenia otrucia nitrobenzolem; dopiero w razie jeżeli wynik jéj jest ujemny, szukamy pomocy we właściwém dochodzeniu chemiczném. Lekarz sądowy, nie mający jeszcze należytego doświadczenia, a który może nigdy podobnego otrucia jeszcze nie widział, radzi sobie, jak może: nie znalazłszy przy sekcyi przyczyny śmierci a podejrzywając otrucie ucieka się pod opiekuńcze skrzydła znawców chemików i od nich żąda rozwiązania zagadki; czyni on zadość swemu obowiązkowi, jeżeli trzewa *lege artis* wyjęte i podwiązane oddaje w ręce sędziego, a poprzestając na téj czynności częstokroć nie udziela chemikom żadnéj wskazówki, bo udzielić jéj nie może. Inaczéj całkiem ma się rzecz, jeżeli biegły anatom i lekarz sądowy rozpoznaje prawie z pewnością otrucie; „wtedy jest on zarazem w stanie oznaczyć rodzaj trucizny użytéj, jak np. kw. siarkowego, fosforu, sinku potasu, tlenku węgla“ [2]). Od zdania tego nie mogę odstąpić ani na jotę. Gdyby więc szan. przeciwnik abstrahując zupełnie od opisu żołądka, podanego przez pierwszego obducenta, lub uznawszy opis ten za mylny, na uwagę zasługiwać nie mogący, abstrahując następnie od okoliczności pobocznych, a polegając wyłącznie na swoim własnym opisie był odrazu orzekł, że ma przed sobą otrucie sinkiem potasu, a orzeczenie to był poparł dodatnim wynikiem próby Preyera, miałby prawo trwać przy swojém orzeczeniu nawet pomimo ujemnego wyniku badania pp. chemików; a nawet w razie ujemnego wyniku próby Preyera musiałbym mu przyznać konsekwentność, gdyby rozpoznawszy zrazu stanowczo otrucie sinkiem potasu w obec ujemnego wyniku badania pp. chemików twierdził, że mimo to wszystko nie może wykluczyć otrucia tego.

Jeżeli jednak badania zwłok dokonał jeden z najdoświadczeńszych w kraju anatomów, a jeżeli, jak dowodzą akta sądowe,

1) tenże wprawdzie odrazu oświadczył się niemal z pewnością za otruciem, jednak rodzaju trucizny nie tylko nie wymienił, ale co większa, wytłumaczenia jéj spodziewał się dopiero po badaniu przez chemików;

2) jeżeli tenże w dzień po obejrzeniu żołądka żądał udzielenia sobie kawałka serca dla zbadania drobnowidowego;

3) jeżeli tenże w parę dni późniéj dowiedziawszy się o wyniku badania chemicznego (wykryciu arsenu) zwraca Sędziemu ów kawałek serca z dodatkiem, że w obec wyniku badania chemicznego badanie drobnowidowe jest zbytecznem;

4) jeżeli tenże dopiero w miesiąc późniéj w orzeczeniu ostatecznem po raz pierwszy wspomina o otruciu kw. pruskim lub sinkiem potasu, a obok tego przypuszcza możność otrucia dygitaliną, nitrogliceryną, nitrobenzyną itp., a więc przypuszcza możność, że i inne jeszcze trucizny, lub nawet „mięszanina podobnych istot“ zostały użyte, —

pytam się, czy czytający akta nie musiał koniecznie wynieść wrażenia, że całe postępowanie znawcy było bardzo chwiejne, zdradzające wielką niepewność? A przecież orzeczenie Wydziału wyraża się oględnie: „że znawcy musieli mieć wątpliwość“, że „nie mieli pewności“.

A jeżeli następnie z aktów wynika:

1) że lekarze sądowi nie oświadczają się stanowczo za żadną trucizną, ale natomiast wymieniają kilka trucizn, —

2) że badanie chemiczne nie wykazuje żadnéj trucizny, —

3) że objawy chorobowe za życia nie odpowiadają temu otruciu, które jedynie można było przypuścić,—

4) że wreszcie okoliczności poboczne (o ile z aktów wynika) nie tylko nie utwierdzają w podejrzeniu trucizny, ale nawet przeciw niemu przemawiają,—

pytam się, czy i jaką w danym przypadku miał Wydział podstawę do przypuszczenia otrucia?

A mimo to po stanowczém wykluczeniu wszystkich innych trucizn, za którémi nic absolutnie nie przemawiało, Wydział liczył się z otruciem za pomocą sinku potasu, głównie z powodu, że znawca tak poważny, jak prof. F., po obejrzeniu żołądka oświadczył stanowczo, że „zmiany znalezione w żołądku i jelitach są takie, jakie mogą powstać tylko przez otrucie, nigdy zaś w sposób samoistny“. Twierdzenia tego Wydział nie mógł i nie chciał lekceważyć; jednak po uwzględnieniu wszystkich okoliczności musiał dojść do wniosku, że „nie ma podstawy do uzasadnienia otrucia“. W orzeczeniu niepodobna było rozwodzić się nad motywami obszerniéj, muszę je więc tutaj podać, jakkolwiek i tu ze względu na szczupłość miejsca postarać się muszę o zwięzłość.

1) Nasunęła się wątpliwość wielka, czy obraz anatomiczny żołądka był tak wybitnym, aby usprawiedliwił przy-

erlangen“, powiada Hofmann, a zgadza się z nim prof. F., pisząc w swoim Podręczniku: „Oddziaływanie treści żołądkowéj kwaśne lub alkaliczne dostarcza bardzo ważnéj wskazówki do rozpoznania istoty trującéj przy otruciach kwasami lub ługami“.

[1]) W broszurze swéj prof. F. tłumaczy się, że nie mógł prób tych wykonać i czyni nawet Wydziałowi zarzut niesprawiedliwego posądzenia go o zaniechanie tych prób, skoro Wydziałowi z aktów wiadomo było, że pp. obducenci nie zastali już żołądka z treścią przy zwłokach. Wiedział o tém istotnie z aktów Wydział, ale nie mógł zataić zdziwienia swoje, że prof. F. mając dnia następnego żołądek w swoich rękach, skoro go opisał, a oświadczając się stanowczo za otruciem, nie zbadał oddziaływania jego treści i nie zastósował próby Preyera. Na zarzut ten odpowiada autor broszury: „Skoro żołądek oddany został pp. chemikom, lekarze sądowi nie mogli bez ubliżenia im, wkraczać w ich pracowni w ich czynności!“ PP. chemicy lwowscy snać muszą być bardzo czuli, skoro przyłożenie papierka lakmusowego lub bibuły Schönbeinowskiéj mogliby uważać za obrazę honoru! Ale dlaczego w takim razie prof. F. nie żądał, aby oni sami natychmiast próbę tę uskutecznili? Mógłbym podnieść jeszcze zarzut, dlaczego prof. F., wyjąwszy przy sekcyi 3 łyżki krwi z trupa, nie uskutecznił na niéj próby Preyera, a wiadomo każdemu lekarzowi sądowemu, że Maschka i Liman każą badać za pomocą odczynnika Preyerowskiego nie tylko treść żołądka i pęcherza moczowego, ale i krew. Każdy inny na mojém miejscu zapytałby się prof. F. w obec powyższego tłumaczenia się jego, dlaczego mając aż 3 łyżki krwi nie zastósował próby Preyera, zwłaszcza gdy nie twierdzi, jakoby badanie krwi nie mogło doprowadzić do rezultatu ścisłego. Ja jednak zarzutu tego nie podnoszę, ponieważ co do oddziaływania odczynnika Preyerowskiego na krew odmienne od powyższych autorów mam zdanie.

[2]) Ustęp ten z orzeczenia Wydziałowego prof. F. w broszurze swéj na str. 19 podaje w polszczyźnie niepoprawnéj, a na str. 22 pisze: „Przedewszystkiém muszę stanowczo zaprzeczyć i to już nawet na podstawie własnego doświadczenia, jakoby obducent, rozpoznawszy na podstawie obdukcyi prawie z pewnością otrucie, był zarazem w stanie, **zawsze** oznaczyć rodzaj trucizny“. „Wyraz „zawsze“, potrzebny dla obrony, prof. F. podsuwa orzeczeniu Wydziałowemu, podając go ostentacyjnie drukiem bardzo tłustym.

puszczenie otrucia sinkiem potasu, a to z następujących powodów:

a) Lekarz sądowy, przypuszczający niemal z pewnością otrucie, a znajdujący w żołądku hemoglobinę przeistoczoną w hematynę, winien mieć w pamięci, że tylko pewne trucizny przemianę tę sprawiają; bada więc natychmiast, czy hematyna znajduje się w rozczynie kwaśnym lub alkalicznym, w ostatnim razie wyklucza kwasy a przypuszcza działanie ługów, amonijaku lub sinku potasu; a jeżeli, jak w danym przypadku, błona śluzowa żołądka nie przedstawiała nekrozy, stósuje próbę Preyera i śmiało przypuszcza otrucie sinkiem potasu, zwłaszcza, jeżeli ta błona śluzowa była krwawoczerwoną. Jeżeli taki znawca doświadczony, jak prof. F., tego wszystkiego nie uczynił, daje to w każdym razie do myślenia.

b) Szan. autor broszury zapewnia w niéj (str. 27) „iż zmiany w żołądku i jelitach były takiemi, jak je opisano, a jako takie były aż nadto wybitne tak dla otrucia kwasem pruskim, jak dla sinku potasu". Znajdujemy się w przykrém położeniu, że i to zapewnienie uznać musimy za niewystarczające. Co do kw. pruskiego już wykazaliśmy mylność zupełną tego zapewnienia; co do sinku potasu zaś zapomina szan. autor, że Wydział miał przed sobą dwa opisy żołądka, a teraz dzięki broszurze mamy i trzeci opis. Który opis uważać należy za autentyczny? Czy opis pierwszych obducentów, który nie tylko otrucia sinkiem potasu, ale żadnego nie dowodzi otrucia, a co najwięcéj przemawiaćby mógł za działaniem owych 3 łyżek eteru, wlanych choréj na pół godziny przed śmiercią, — a przecież opisu tego, jako pierwszego zdziałanego na podstawie oględzin ciała całkiem jeszcze świeżego, żadną miarą lekceważyć nie można; czy opis drugi, podany do protokółu sądowego przez prof. F., który już więcéj przemawia za otruciem sinkiem potasu, czy wreszcie opis podany w broszurze, poprawniejszy, a jeszcze bardziéj, jakkolwiek nie stanowczo, za tém otruciem przemawiający? Pomijając atoli ten ostatni, jako dopiero nowo przybyły, Wydział mając przed sobą pierwsze dwa opisy, tak nadzwyczaj sprzeczne pomiędzy sobą, nie mogąc podać w wątpliwość ani jednego ani drugiego a nie chcąc w obec Sądu dłużéj szerzyć się nad szczegółami tylko dla lekarzy znaczenie mieć mogącemi, wbrew przeciwnym głosom poszedł za zdaniem referenta i użył formy najłagodniejszéj, „że obraz anatomiczny nie był wybitnym". A gdyby nawet z przejściem zupełném do porządku dziennego nad opisem pierwszym chciano polegać wyłącznie na drugim, to i wtedy przyznać należało, że i ten opis, jakkolwiek więcéj za otruciem sinkiem potasu przemawiający, przecie nie był dostatecznym, aby na nim samym (a innych podstaw przecie nie było) oprzeć orzeczenie o otruciu, a to tém mniéj, o ile opis ten, jak późniéj wspomnimy, dopuszczał innego jeszcze tłumaczenia. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Kratter (w Gracu): **Badania nad otruciem atropinowém.**

Będąc przez 10 lat asystentem przy prof. Schauensteinie autor miał sposobność widzenia 8 przypadków otrucia belladonną i atropinem oraz przeprowadzenia badania chemicznego i na ich podstawie, korzystając oraz z przypadków ogłoszonych przez innych a starannie przez siebie zebranych, ogłasza dość obszerną monografiję tego otrucia, z któréj postaramy się streścić najważniejsze szczegóły:

Podczas gdy dawniéj zdarzały się wyłącznie otrucia belladonną, obecnie zdarzają się przeważnie otrucia atropinem. Wprawdzie alkaloid ten odkryty został już w r. 1831 przez Meina, a został on dopiero w r. 1874 wprowadzony w praktykę przez Coopera, jako surogat preparatów belladonny, to też dopiero w r 1850 ogłoszony został przez Sellsa pierwszy przypadek otrucia atropinowego, a tyczył on się młodzieńca, który w zamiarze samobójczym zażył 2 grana alkaloidu. Dotychczas ilość przypadków otrucia atropinem wynosi 103 według zestawienia Feddersena (Berlin 1884), a śmiercią ukończyły się z nich 11·7%, co jest odsetką względnie bardzo niską. Z tych 103 przypadków było 19 przypadków otrucia umyślnego (9 przyp. morderstwa, 10 samobójstwa) a 84 przypadkowych (z nich 26 z winy lekarza, 2 z winy aptekarza a 13 z winy pacyjentów samych). Pod względem postaci, w któréj atropin w tych przypadkach został użyty, przypada na postać proszkową 5, pigułek 7, czopków 1, maści 2, mazidła 1, syropu 1, rozczynów wodnych 86, a z tych ostatnich: 3 razy krople do użycia wewnętrznego, raz krople do wstrzykiwania do przewodu usznego, 4 razy rozczyn do wstrzykiwań podskórnych, 53 razy krople oczne, a 25 razy rozczyny bez bliższego określenia, prawdopodobnie atoli także collyria. Z zestawienia Feddersena, jakoteż podobnego zestawienia, uskutecznionego przez Falcka, wynika niewątpliwie: 1) że najczęściéj zdarzają się otrucia atropinowe za pomocą preparatów leczniczych, i 2) że najczęściéj collyria służą do wywołania otrucia. Jakkolwiek pomiędzy temi przypadkami znajdują się także rozgłośne 2 przypadki sądowe, a mianowicie pierwszy tyczący się trucicielki panny Jeanneret, która w Szwajcaryi prawdopodobnie w stanie obłędu otruła 8 osób (z których 5 umarło), oraz przypadek drugi Calverta, w którym posługaczka otruła dozorcę szpitalnego przez dodanie atropinu do mleka, to jednak ani znajomość objawów za życia występujących, ani zmian pośmiertnych nie jest dotąd dokładną, a dochodzenie chemiczne odnosi się do bardzo nie wielu przypadków.

Objawy chorobowe: Według licznych badań zbiór objawów, występujących po otruciu preparatami belladonny, jest następujący: Rozszerzenie źrenicy, uczucie suchości i drapanie w jamie ustnéj i szyi, chrypka, utrudnione łykanie i mówienie, nudności, pragnienie silne; wcześnie przyłączają się objawy mózgowe: zawrót, ból głowy, lekkie odurzenie i rozstrojenie, omamy wzrokowe i słuchowe, częstokroć treści wesołéj; na powłoce zewnętrznéj uczucie suchości, zaczerwienienie szkarłatne, zbrzęknienie twarzy. W dziedzinie systemu naczyniowego: tętno przyspieszone do 150 uderzeń na minutę (według niektórych aż do 190), naczynia szyjne tętnią mocno, spojówka mocno nastrzykana; wydzielina potu zniesiona; ciepłota ciała według jednych niska, według drugich podwyższona; oddychanie zrazu zwolniałe, późniéj przyspieszone; pod względem psychicznym zrazu napady szaleństwa połączone z bredzeniem, podobnie jak w upojeniu, późniéj ospałość, znużenie i śpiączka, trwająca czasem aż do śmierci, która następuje skutkiem porażenia serca. Z tych objawów bezsprzecznie najważniejszym jest rozszerzenie źrenic, które po użyciu wewnętrznem atropinu występuje obustronnie, po zewnętrznem zaś tylko na oku zakroplonem, z czego wynika, że działanie atropinu na tęczówkę ma źródło swe w tęczówce saméj a nie w odleglejszych jéj ośrodkach.

Jakkolwiek więc symptomatologija otrucia atropinowego już jest dość dokładnie zbadaną, wypada jednak objawy

poszczególne poddać kontroli i krytyce, a następnie pokusić się o możność odróżnienia tego otrucia od innego, co ze stanowiska sądowolekarskiego jest rzeczą nader pożądaną. W tym celu autor podaje swoje przypadki:

Przypadek I. Panna 22 letnia miała sobie zapisać *Extr. belladonnae* wewnętrznie, co 2 godziny dawkę 0·015; chora wyżyła w ciągu dnia 7 takich dawek, a wieczorem twarz jéj była mocno zaczerwienioną, język suchy, połykanie utrudnione, uczucie gorąca i widzenie niewyraźne (dość znaczne rozszerzenie źrenic), tętno 120. Po okładach zimnych na głowę powyższe objawy ustąpiły w ciągu kilku godzin, tylko rozszerzenie źrenic trwało 24 godzin; było to więc lekkie otrucie, dowodzące jednak wielkiéj szczególnotkliwości w obec belladonny.

Przypadek II. Kobieta lat 48 licząca miała zapisane sobie czopki z masła kakaowego i C·05 Extr. bellad. 2—3 na dzień; spotrzebowawszy wbrew poleceniu 7 czopków w ciągu dnia popadła pod wieczór w szaleństwo, rzucała się niespokojnie w łóżku, bredziła nieprzerwanie, krzyczała, śmiała się i płakała naprzemian itd., tętno pełne, twarde 130, źrenice od *maximum* rozszerzone i nie oddziaływające na światło; na pytania odpowiadała niezrozumiale i od rzeczy, oddychanie przyspieszone 40, skóra gorąca, odnogi i całe ciało w ciągłym ruchu. Pomimo zastrzyknięcia morfinu i okładów zimnych dopiero po upływie 24 godzin nastąpiło polepszenie, świadomość powróciła dopiero 2go dnia a mydryjaza trwała 3 dni. Ciepłota ciała, która zwykle u téj pacyjentki wynosiła 36·50, podczas trwania objawów otrucia podwyższoną była aż do 38·9°. W tym przypadku zatém resorpcyja trucizny nastąpiła przez odbytnicę a objawy mimo to były bardzo silne. Przypadek otrucia czopkami atropinowemi opisał Schüler (*Berl. klin. Woch.* 1880, str. 658), a przypadek otrucia skutkiem wtarcia maści atropinowéj po oddaleniu przyskórka opisał Ploss (*Schmidts Jahrb.* 1864, str. 282).

Przypadek III, IV i V. Trzy kobiety zażyły jednego i tego samego dnia syropu szaklakowego *(Roob spinae)*, pochodzącego z jednéj i téj saméj apteki w Gracu. Dwie pierwsze w $1^1/_2$ godziny po zażyciu straciły przytomność i zsiniały; tętno twarde, przyspieszone, zapad ogólny, rozszerzenie źrenic. Po krótkotrwającym napadzie szału zawrót, dwuwidzenie, osłabienie, uczucie suchości i drapanie w gardle trwały jeszcze przez dzień następny. Trzecia kobieta również zasłabła wkrótce po zażyciu syropu, cierpiała zawrót, bredziła, miała źrenice rozszerzone, tętno 120; przyszła do siebie dopiero 3go dnia. — Badanie chemiczne wykazało, że ów syrop zawierał atropin, a dochodzenie policyjno-lekarskie sprawdziło, że jagody szakłakowe użyte przez aptekarza do sporządzenia syropu zanieczyszczone były wilczą jagodą.

Przypadek VI. Mężczyzna 60-letni w kilka godzin po spożyciu (przypadkowém czy umyślném?) wilczéj jagody popadł w szaleństwo, miał źrenice mocno rozszerzone, skórę suchą i gorącą, ciepłotę 40°, tętno przyspieszone. Po wypompowaniu treści żołądkowéj zastrzyknięto mu podskórnie 0·02 morfinu dwa razy a z powodu gwałtownego szału musiano mu założyć kaftan; następnego dnia odzyskał przytomność po części, skarżył się na osłabienie i wkrótce potém popadł w śpiączkę; mocz i kał odchodziły bezwiednie. Ciepłota ciała 39—40°. Trzeciego dnia śmierć śród objawów niedomogi i porażenia serca. (Dok. n.)

Prof. Manz: **Napad jaskry po wkropleniu kokainu.**

Kokain, którego zastosowanie w terapii okulistycznéj ma doniosłe praktyczne znaczenie, sprowadza czasem wcale niepożądane przypady, jak o tém świadczą spostrzeżenia Knappa (przypady ogólnego zatrucia), zwiększenie bolesności miasto znieczulenia lub długotrwałe porażenie nerwu troistego (Pflüger). M. ogłasza przypadek, w którym po wkropleniu rozczynu kokainu wystąpiły przypady jaskry (*Bericht über die 17te Vers. der Ophthalm. Ges. Heidelberg* 1885). Sprawa ta ma znaczenie w praktyce lekarskiéj, dla tego nie od rzeczy będzie podać w skróceniu historyję tego przypadku, aby tym sposobem zwrócić uwagę na przypadki tego rodzaju, co w przyszłości wpłynie na ograniczenie lub rozszerzenie wskazań i przeciwwskazań leku w mowie będącego. Kobieta 51 lat licząca zgłosiła się do polikliniki M. z prośbą o zbadanie wzroku i oznaczenie odpowiednich okularów. Bystrość wzroku była po obu stronach prawie prawidłową; prezbyopija wiekowi odpowiednia, zresztą oprócz płytkości komórki przodkowéj na jedném oku, nie spostrzegł M. żadnéj nieprawidłowości. Dopiero na zapytanie podała chora, że od pewnego czasu oczy jéj osłabły, a naokoło światła spostrzega pierścienie barwne. Za pomocą wziernika wykazano nieznaczne zaćmienie tarczy nerwu wzrokowego, pole widzenia oka prawego zaledwie nieco zmniejszone od strony nosa a napięcie gałki ocznéj wydawało się nieco większe. Na téj podstawie zwrócił M. uwagę badanéj na możliwość pojawienia się przypadów jaskry i polecił w tym razie zasięgnąć rady lekarskiéj. Ale już dnia następnego został wezwany do téj choréj i zastał wybitny obraz zapalenia jaskrowego na oku prawém. Przy téj sposobności dowiedział się, że dnia poprzedniego wkroplił jeden z jego asystentów kokainu do tego oka, chcąc sobie tym sposobem ułatwić badanie wziernikowe. Chora podała nadto, że zaraz po opuszczeniu kliniki doznała utrudnienie w widzeniu a za przybyciem do domu wystąpiły bóle w oku i w głowie po téj stronie, które jéj sen odjęły. Po zastosowaniu ezerynu ustąpiły chwilowo groźne przypady, lecz wkrótce irydektomija była konieczną.

Jakkolwiek przypady jaskry wystąpiły tuż prawie po wkropleniu rozczynu kokainu, wątpi autor, czy należy w tym przypadku przypuszczać związek przyczynowy, gdyż pomimo że działanie kokainu jest nieco podobném do działania atropinu, przypuszczają autorowie prawie powszechnie, że kokain obniża ucisk śródoczny a mając tę własność nie może sprowadzać napadu jaskry. M. przypuszcza raczéj, że oko téj choréj było już niejako przygotowane dla jaskry a do powstania pierwszego napadu przyczyniło się nietylko ogólne osłabienie choréj po przebyciu gośćca stawowego, lecz także psychiczna depresyja wywołana może orzeczeniem lekarskiém, że na tém oku należy się prędzéj czy później spodziewać groźnéj choroby. M. jest skłonniejszym do przypuszczenia w takich przypadkach bezpośredniego działania kokainu na naczynia, jeżeli w ogóle kokain może napad jaskry wywołać, aniżeli do kładzenia objawów jaskry na karb rozszerzenia źrenicy, co ma utrudniać komunikacyję pomiędzy przodkową a tylną komórką, a to z tego powodu, że rozszerzenie źrenicy nie bywa po kokainie maksymalném a oddziaływanie tęczówki bywa tylko upośledzoném a nie zniesioném jak po atropinie. To też sądzi M., że kokainu nie należy uważać za środek tak szkodliwy w jaskrze jakim jest atropin, zanim przynajmniéj liczniejsze spostrzeżenia tego rodzaju do tego nie zmuszą.

Dr. Schaitter.

Dr. Römer: **Wydarcie odwróconej macicy po porodzie.** Sąd krajowy w Stutgardzie dnia 30 grudnia 188+ r. zasądził chirurga na 2 lata i 6 miesięcy więzienia za uchybienie lekarskie. Kobieta 25-letnia pierwiastka porodziła dnia 28 września 1884 dziecię żywe. Wkrótce potém spostrzegła akuszerka znaczny guz między nogami położnicy, zaprzeczając stanowczo, iż nie powstał przez naciąganie pępowiny lub ucisk na macicę. Przywołany chirurg, nie badając położnicy dokładnie, wyrwał guz z łożyskiem męcząc kobietę nielitościwie przez 10 minut. Natychmiast po operacyi wypadły zwoje jelit, które operator napowrót wsunął. Guz przesłał chirurg do Zakładu położniczego w Stutgardzie, nadmieniając że wydobył włókniak zrosły z łożyskiem. Od 28 do 29 chora wymiotowała użalając się na zatrzymanie moczu i silne wzdęcie brzucha. Dnia 28 września wieczorem wypadły jelita przez pochwę, a akuszerka napowrót je wsunęła. Chora umarła dopiero dnia 9 października, mimo iż groźnych przypadów nie zauważano. Wymioty nie ustały, lecz chora oddawała kał dobrowolnie. Za przyczynę śmierci podano tedy zapalenie otrzewny. Guz wydarty był macicą z łożyskiem, odjętą w górnéj części szyi macicznéj. Przy macicy wisiała lewa trąbka z jajnikiem i część trąbki prawéj. Przy obdukcyi znaleziono długą część jelita cienkiego od śródjelicia odłączoną. Część odpowiednia jelita martwa, w kłąb zwinięta, bez przejścia, 70cm. długa, stanowiła z powodu zapalenia otrzewny rzeczywisty powód śmierci. *(Arch. f. Gyn.*, t. XXVI, str. 137).

Dr. Reiss w Dukli.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 16 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 21 i kol. Dr. Wachtel z Krakowa jako gość.

1) Kol. Tatarczuch przedstawia chorego z *Eczema papulosum universale artificiale.* Forma wysypki jest guziczkowata, guziczki rozsiane po całém ciele. Chory podaje, że miał jakieś swędzenie na obu odnogach górnych, na które dostał od kogoś jakieś smarowanie i têm nacierał się, poczém wystąpiła wysypka obecna na całém ciele, prawdopodobnie wywołana owemi nacieraniami. Wysypka pojawiła się najpierwéj na twarzy, późniéj na tułowiu i odnogach. Chory wcale nie gorączkował.

Kol. Seifman wspomina o podobnym przypadku u dozorcy koni chorych na *scabies*, od których dozorca zaraził się świerzbem; po wyleczeniu świerzbu wystąpiło także u owego dozorcy *Eczema papulosum universale*, prawdopodobnie także jako następstwo wcierań przeciw świerzbowi zastosowanych. Dozorca ów wcale nie gorączkował.

2) Kol. Ziembicki miał odczyt o chorym z raną postrzałową mózgu, którego przedstawił dnia 7 marca 1885 na 3ciém posiedzeniu. Prelegent przypominając kolegom chorego, nadmienia przedewszystkiém, że zmienia rozpoznanie, jakoby kula obniżyła się między kośćmi czaszki a oponą twardą, albo aby ugrzęzła w kościach czaszki, lecz napewno i stanowczo rozpoznaje, że kula albo ugrzęzła w mózgu albo obraziwszy mózg utkwiła następnie w kości. Uszkodzenie istotnie ciężkie i ciekawe zarazem. Do uszkodzenia tego wezwano prelegenta dnia 6/2 1885 o godzinie 7 wieczór do szpitala. Przybywszy tamże kazał przynieść chorego do sali operacyjnéj, na co oświadczyła służba, że chory sam chodzi i istotnie prelegent widział, jak chory sam szedł kilka kroków bez żadnéj pomocy. Historyja jego jest także dość zajmującą. Chory popadł od kilku miesięcy w melancholiję z powodu śmierci żony, miewał halucynacyje, słyszał np. głos żony wzywającéj go wraz z synem do siebie i w końcu zdecydował się na cmentarzu przy grobie żony strzelić do syna (któremu na szczęście nic złego nie zrobił), a potém strzelił do siebie w pozycyi klęczącéj przy zgiętém ramieniu w skroń nie przykładając lufy. Po strzale bezpośrednio zemdlał, potém oprzytomniał, przeniósł syna do stróża cmentarnego, a sam został przewieziony do szpitala powsz. Mając takie dane sądził prelegent, że ma do czynienia z powierzchownėm obrażeniem kości, i z têm uprzedzeniem zaczął badać chorego i znalazł co następuje: Ranę w częściach miękkich i skrzydle wielkiém kości klinowéj lejkowatą o $^1/_2$ cm. średnicy. Sądząc, że kula znajduje się blisko rany, zrobił 1) rozcięcie powłok skórnych, 2) spostrzegłszy, że kuli pod skórą nie ma, a jest otwór w kości, sądził, że kula znajduje się tuż w kości lub pod kością, a z powodu silnego strzaskania kości zdecydował się zrobić trepanacyję za pomocą dłutowania, spodziewając się zarazem znaleźć i usunąć pocisk; przyczém znaczne kawałki blaszki szklistéj wyciągał (blaszki te jednak prawdopodobnie pociskiem nie zaś dłutowaniem zostały oderwane), co także przemawia za têm, że pocisk przeszedł przez kość czaszki, a ranę w blaszce szklistéj można uważać jako otwór wylotowy pocisku z kości czaszkowéj. Odkrył w ten sposób oponę twardą, która w kierunku otworu kości była przedartą, lecz bez wszelkiego poszarpania, brzegi rany w oponie twardéj były posmolone (ciemno zabarwione). Rana ta wygląda jakoby zrobiona została ciałem cylindrycznėm, nadto puściła się z niéj znaczna ilość płynu mózgordzeniowego, co prelegenta têm mocniéj zadziwiło, że objawy ze strony chorego były lekkie, a badanie wykazało, że mózg został nadwyrężony. Prelegent wziął następnie zgłębnik i badał pod oponą twardą na 3 do $3^1/_2$ cm. głęboko w kanale mózgowym do $^1/_2$ cm. średnicy mającym. Głębiéj nie wchodził do mózgu, aby nie nadwyrężyć. Na tych tedy danych oparł rozpoznanie, że jest rana w mózgu. Wymywszy ranę 5% roztworem chlorku zynku wytamponował ją nie zaszywając. — Na drugi dzień po dość dobrze spędzonéj nocy wystąpiło silne falowanie tętnic, upuszczono więc krwi około 200 gr. poczém tętno zmiękło i spadło z 80 na 50 uderzeń na minutę przepuszczając raz na 20 uderzeń. Następnych 9—10 dni był stan jednakowy, względnie bardzo dobry. Dopiero 11go dnia wystąpiły drgawki, chory stracił przytomność, wystąpiło porażenie m. twarzowych po przeciwnéj stronie. Chory przetrwał stan ten szczęśliwie; koll. Feigel i Schattauer widzieli go w owym czasie, nadto kol. Machek badał go wziernikiem i stwierdził brodawkę zastoinową większą po prawéj niż po lewéj stronie. Późniéj wystąpił jeszcze otok z ucha prawego; po wytamponowaniu ucha i zasypaniu jodoformem wystąpiły *eczema, otitis externa i myringitis.* Chory bowiem nie znosi jodoformu, co dodatkowo prelegent nadmienia. Po pewnym czasie rana zagoiła się i chory nie przedstawił prawie żadnych zboczeń nowych. Okolica postrzału odpowiada mniéj lub więcéj rowkowi Sylwijusza i jego zbiegowi z rowkiem Rolanda. Otóż w tych miejscach są ośrodki psychomotoryczne i tam z powodu zmiękczenia kory wystąpiło przemijające porażenie, drgawki itp. objawy. Zdaje się, że kula poszła ku tyłowi, poza *gyrus centr. poster.* po za rowkiem Rolanda do strefy obojętnéj. Przypuszczając, że kula jest w mózgu, co dla prelegenta jest prawie pewném, zastanawia się nad następstwami, jaki los czeka chorego. Może wystąpić *Meningitis*, *encephalitis*, albo též otorbienie kuli. Flourens udowodnił wędrowkę ołowiu po mózgu doświadczalnie. Wreszcie lubią się wytwarzać ropnie, w takich razach bywa naprzód stadyjum ukryte, chory ma się mniéj lub więcéj jednakowo, a może nagle umrzeć, a sekcyja stwierdza ropień. Rokowanie więc nie jest ani pewném ani pomyślném. (Dok. nast.).

VII. Uwagi nad sposobem zapobieżenia wściekliźnie po ukąszeniu przez Pasteura podanym.

W Przeglądzie Lekarskim Nr. 46 i 47 z roku 1885 podany został sposób zapobieżenia wściekliźnie u ludzi po ukąszeniu, a więc już po zarażeniu wścieklizną, według wykładu L. Pasteura w Akademii umiejętności w Paryżu na posiedzeniu d. 26 paźdź. 1885 r. wygłoszonego. Ponieważ redakcyja Przeglądu umieściła wykład ten bez wszelkich uwag a sprawa poruszona jest zbyt doniosłą, przeto nie mo-

żemy się powstrzymać, aby nie dodać niektórych uwag jakotéż nie podnieść przeciw sposobowi Pasteura pewnych zastrzeżeń i wątpliwości, które się mimo woli nasuwają.

Przedewszystkiém więc zauważyć musimy, że chociaż Pasteur znany jako zasłużony badacz około badania chorób zakaźnych zwierząt i około wynalezienia szczepienia ochronnego przeciwko tym chorobom położył wielkie zasługi i około zbadania bliższego istoty wścieklizny saméj, jakotéż około zachowania się przyrzutu wścieklizny i jego siedziby, to przecież dotąd nie udało mu się stwierdzić przyczyny wścieklizny i wykazać przyrzut chorobotwórczy wścieklizny, którym prawdopodobnie jest jakiś mikroorganizm, jak o tém przez analogiję z innych chorób wnosić wypada. Dokąd zaś nie poznamy owego przyrzutu chorobotwórczego wścieklizny, dopóty nie możemy niestety (i tak jest do dnia dzisiejszego) i nie będziemy mogli na pewne nawet po zrobieniu sekcyi zwierzęcia podejrzanego o zakażenie wścieklizną orzec, czy owo zwierze było istotnie wściekłe lub nie i choć Pasteur twierdził na zapytanie Bouleya, prezesa Akademii Umiejętności w Paryżu, że jeżeli mu dadzą dwa mózgi: jeden ze zwierzęcia zdrowego a drugi ze zwierzęcia wściekłego, to zawsze rozpozna, który mózg ze zwierzęcia wściekłego pochodzi, pomimo to twierdzenie Pasteura pozostanie tylko twierdzeniem. Pasteur bowiem twierdzi, że w mózgu wściekłego zwierzęcia widzi twory drobnowidowe niebędące ani detritus, ani kokami, których według niego ma być więcéj w mózgu chorego zwierzęcia, niż w mózgu zdrowego (są one więc i w zdrowym mózgu), a takie twierdzenie niczém nieuzasadnione nie jest pewném i sprawy nie wyjaśnia. Do dziś trzebaby każde zwierze podejrzane o zakażenie wścieklizną obserwować za życia, potém zrobić sekcyję tegoż zwierzęcia, a dopiero gdy sekcyja da jak zwykle wynik ujemny, a objawy chorobowe są podobne do objawów we wściekliźnie spostrzeganych, wtedy można z prawdopodobieństwem orzec, że zwierze (np. pies, o którym tu najczęściéj mowa) było zakażone wścieklizną. Objawy chorobowe bowiem we wściekliźnie za życia spostrzegane same przez się nie są także właściwe saméj tylko wściekliźnie, albowiem wiele stanów chorobowych ośrodków nerwowych, daléj pasorzyty (*pentastomum taenioides*) w nosie i tp. zdradzają podobne objawy jak i wścieklizna; a znalezione przy sekcyi wyżerki w błonie śluzowéj żołądka, napotkanie ciał obcych niejadalnych w żołądku i tp. trafiają się i w innych chorobowych stanach u psów i nie mogą być uważane za dodatni wynik sekcyi, jak o tém, robiąc bardzo często sekcyje psów podejrzanych o wściekliznę, jakotéż padłych w skutek innych chorób, miałem sposobność przekonać się. Rozpisaliśmy się o téj sprawie nieco obszerniéj, albowiem jest ona przyczyną, że można podać całą metodę Pasteura w wątpliwość i zrobić jéj pierwszy ciężki zarzut, na który trudno odpowiedzieć, a mianowicie:

1) Nie posiadamy dowodów, czy pies, który pokąsał Józefa Meistera, Maksa Vonnea itd., był istotnie wściekły. Wprawdzie sekcyja tego psa, którego zabito, została wykonaną i znaleziono w żołądku jego ciała niejadalne (dla psów), ale to, jak z powyższego widzimy, nie stanowi wcale dowodu wścieklizny. Nie wiadomo, kto i jak dokładnie robił sekcyję, czy szukał dobrze w jamach nosowych itd.

Co do drugiego psa, którego zabił Jupille, to już wcale nie wiemy, czy mógł być wściekłym lub nie, albowiem sekcyi na tym psie nie wykonano; co więcej opowiadanie Jupillea samego jest tak fantastyczne, że trudno istotnie przypuszczać, iż podał same prawdziwe fakty. Rzecz bowiem z Jupillem miała się, według jego własnego opowiadania, jak następuje: Jupille, 15letni pastuszek, z 6ma innymi młodszymi od siebie, pasł bydło na błoniu. Wtém spostrzegł wielkiego, podejrzanie wyglądającego (?) psa, który biegł na gromadkę pastuszków. Jupille więc w celu obronienia swych towarzyszy od pokąsania, pobiegł uzbrojony biczem ku psu, który schwycił Jupillea za lewą rękę. Jupille powalił psa na na ziemię i przytrzymawszy go celem uwolnienia lewéj ręki, rozwarł mu prawą ręką pysk, przyczém pies kilkakrotnie ukąsił go, a związawszy sznurem bicza pysk, zabił psa drewnianym sabotem. Za ów czyn bohaterski przyznała Akademija Jupillowi w nagrodzie 1000 franków. Czy jednak Akademija stwierdziła fakty przezeń podane, nie mogliśmy się w sprawozdaniach doczytać, a wartoby sprawdzić całą rzecz opowiadaną, bo wygląda bardzo fantastycznie. Kto bowiem widział, jak trudno nawet mniejszym pieskom założyć pętlę na pysk, nawet dozorcom psów w lazaretach, którzy są mocniejsi i mają w tém wprawę, ten mimowoli musi wątpić, ażeby tego trudnego zadania dokonać mógł 15letni niewprawny do tego chłopiec i to jedną tylko ręką na wielkim psie. Oto pierwsza i wielka wątpliwość, która się już nie da rozstrzygnąć, czy psy, które pokąsały Meistera, Jupillea, były wściekle, lub nie; jakotéż czy inne psy, przez które pokąsanych ludzi Pasteur leczył i leczy (a jest owych ludzi dotąd już ze wszech stron świata około 50), były także istotnie wściekłe.

2) Przypuściwszy nawet, że psy, które pokąsały ludzi, których Pasteur szczepi w celu leczenia przeciw wybuchowi wścieklizny, były istotnie wściekłe, to znowu nie ma na to dowodów, czyby u nich wystąpiła wścieklizna, czy byli w ogóle pokąsani skutecznie, to jest tak, że się zarazek dostał do ich ustroju, i że się choroba u nich wywiązać miała. I owszem przypuszczać można wręcz przeciwnie, mianowicie przemawiają za tém daty statystyczne. Tak np. w sprawozdaniu pruskiém o wściekliźnie za rok 1883/4 czytamy, że w owym czasie w prowincyjach niemieckich, w Poznańskiém i na Ślązku pokąsanych zostało przez psy podejrzane o wściekliznę osób 74, z tych umarło 4 (i to na Ślązku tylko na pokąsanych 35 osób), a więc 5%, co jest stosunkiem bardzo niewielkim. U zmarłych trwał okres wylęgania dni: 1) — 21. 2) — 39. 3) — 77. 4) — 156 dni. Daléj przemawia za tém ta okoliczność, że np. Meister okazywał rany stosunkowo wielkie, a z wielkich ran krew musiała wypływać, a więc mogła spłukać i wyprowadzić zarazek z rany, jeżeliby tamże się dostał, na co przecież przyzwani przez Pasteura Drowie Vulpian i Grancher winni byli zwrócić uwagę, a nie zwrócili, i owszem z wielkości ran wnosili, że prędzéj i prawdopodobniéj Meister ulegnie chorobie. Daléj przemawia za tém i ta okoliczność, że np. u Meistra wypalając rany rozczynem kw. karbolowego (sprawozdania nie podają, jak mocnego użyto rozczynu) w 12 godzin po ukąszeniu, mógł Dr Weber zniszczyć na czas jeszcze zarazek wprowadzony do ran śród ukąszenia.

Daléj przemawia także i ta okoliczność za naszém przypuszczeniem, że prócz Meistra został pokąsanym przez tego samego psa jeszcze jeden chłopiec Maks. Vonné, który nie mając pieniędzy na podróż z Alzacyi do Paryża, pozostać był zmuszony w domu, nie był więc wcale szczepiony w celu zapobieżenia wybuchowi wścieklizny, a mimo to cieszy się

bardzo dobrém zdrowiem, podczas gdy Meister nie ma się tak dobrze, jak ów Vonné, o czém zresztą jeszcze poniżéj pomówimy.

3) Ponieważ nie ma dowodów pewnych, przy sekcyi wykazać się dających, czy zwierze padło na wściekliznę, przeto choć szczepiono dla kontroli króliki równocześnie ze wszczepieniem jadu osobom leczonym przeciw wybuchnąć mającéj wściekliźnie, i choć te króliki zginęły w skutek tego szczepienia, nie można stanowczo udowodnić, że te króliki padły w skutek wścieklizny. Mogły one bowiem tak samo zginąć w skutek septicemii, meningitis i tp. spraw chorobowych szczepieniem wywołanych.

W szkole weterynaryi we Lwowie wszczepiali Dr. Seifman i Dr. Szpilman po trepanacyi pod opony mózgowe masę z mózgu psów padłych w skutek wścieklizny i to z pomyślnym skutkiem psom a z ujemnym królikom. Znane są nadto fakty zauważane przez Dr. Szpilmana w wiedeńskiéj szkole weterynaryi, że króliki i świnki morskie po zaszczepieniu im w powyżéj wspomniany sposób wścieklizny, ginęły w skutek meningitis, septicemii i tp., co sekcyją stwierdzono; w naszéj zaś szkole robione doświadczenia u królików szczepionych nie wywoływały żadnych następstw chorobowych. Dziwić się więc wypada, dla czego Pasteur bierze rdzenie z królików a nie z psów, u których jad się prędzéj przyjmował, niż u królików. Ponieważ, jak już kilkakrotnie wspomnieliśmy, nie wiemy, co stanowi zarazek chorobotwórczy wścieklizny, daléj ponieważ nie mamy pewnych przy sekcyi wykazać się dających zmian wścieklizną wywołanych, nasuwa się więc wielka wątpliwość, czy skrawki rdzenia, tak jak je Pasteur przyrządza, zawierają ów zarazek, albo czy w tych skrawkach nie wywiązują się ptomainy, istoty gnilne, septyczne i tp. Dokąd więc Pasteur nie wykryje istotnéj przyczyny wścieklizny, mikroorganizmów, jakie stale przy wściekliźnie najprawdopodobniéj znajdować się muszą, dokąd nie oddzieli owych mikroorganizmów, nie zbada ich własności, nie wskaże jak je hodować i td. i dokąd z temi mikroorganizmami, jak z wąglikowym i wielu innemi znanemi nie obznajomi siebie i świata, dopóty metoda jego będzie chromać, dopóty spotkać się musi ze wszech stron z powątpiewaniem o skuteczności lub prawdziwości szczepienia, jak to namacalnie uczynił Jenner, udowadniając skuteczność szczepienia ospy.

Dopóki to wszystko nie nastąpi, dopóty nie powinien Pasteur szczepić ludzi i narażać ich na różne nieobliczone następstwa takiego postępowania, a w danym razie Rząd francuski nie powinien na takie szczepienie pozwolić.

Nie chcemy tu wcale zmniejszać zasług Pasteura, owszem ma on wielkie zasługi, które mu chętnie przyznajemy. Stara on się szczepić ochronnie różne choroby zakaźne (jak cholerę, kur, wąglik, zarazę płucną, i tp.), lecz skutki szczepienia owego nie odpowiadają jeszcze jego dobrym chęciom. Tak np. szczepienie wąglika zalecane przez Pasteura chroni tylko na czas krótki (bo na rok tylko), a oprócz tego wielka część szczepionych sztuk (2—5%) ginie, a przecież i z zarazy wąglikowéj nie ginie wszystko (bo prawie taki sam procent). Nawet może i pomimo to, że mikroorganizmu wścieklizny nie znamy, mógłby Pasteur może mieć racyję, szukając sposobu szczepienia ochronnego od wścieklizny, bo przecież i mikroorganizmu ospy nie znamy tak dobrze jak innych, a mimo to szczepiono ospę, szczepi się do dzisiejszego dnia i szczepić się będzie, ale musi wynaleźć metodę lepszą, wypróbować jéj skuteczność na zwierzętach, ale nie zaraz szczepić ludzi i to szczepić, jak to właśnie miało miejsce, prawie zdając się na przypadek, lub jak gdyby z ciekawości, czekając potém, co to z tego wyniknie. Że bowiem nie szczepił będąc pewnym skutku, oświadcza sam, bo przyznaje, że rozpoczął szczepienia Meistra z pewnym niepokojem, nie wiedząc oczywiście, co z tego wyniknąć może. Że szczepienie owo nie jest obojętne, świadczy stan Meistra, który, jak opisują, źle wygląda, pożółkł, schudł, nie ma apetytu, a i stan jego umysłowy podobno pozostawia nieco do życzenia. Daléj świadczy i to, że jedna dziewczynka w leczeniu Pasteura już umarła.

Mimo to wszystko, gdy Pasteurowi udało się osiągnąć niezakażalność (stwierdzoną przez komisyję), pokazuje się, że jest on na dobréj drodze i Rząd francuski bardzo dobrze uczynił obdarzając hojnie Pasteura środkami, aby mógł swobodnie i spokojnie pracować nad rozwiązaniem zadań, jakie sobie założył, i gdyby Pasteur nawet nie wynalazł lekarstwa ani sposobu zapobieżenia wybuchowi wścieklizny już po zakażeniu, a gdyby tylko osiągnął istotnie niezakażalność na jakiś dłuższy przeciąg czasu, choćby u psów samych tylko, to już zasługi jego w obec chronienia w ten sposób społeczeństwa byłyby niezmiernéj doniosłości i stałyby się wielkiém dobrodziejstwem.

Lwów 22 stycznia 1886 r. *Dr. Wiktor.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Z pomiędzy uniwersytetów z niemieckim językiem wykładowym Wydział lekarski najlepiéj obsadzony ma Uniwersytet wiedeński, posiada bowiem 18 zwyczajnych profesorów, 34 nadzwyczajnych a 82 docentów czyli razem 134 nauczających, liczba zaś uczniów wynosi 2307. Drugie miejsce zajmuje Mnichów, gdzie jest 13 zwyczajnych profesorów, 7 nadzwyczajnych, a 22 docentów czyli razem 42 nauczających, liczba uczniów 1129. Trzecie miejsce zajmuje Berlin, gdzie liczba nauczających dochodzi 100 a uczniów 1072. Najmniéj licznym jest Wydział lekarski w Rostoku posiadający 11 nauczających a 92 uczniów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,3. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (3 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3ch przypadkach odry, 1 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 3—9 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 6, w Pradze 3, w Budapeszcie 16, w Mnichowie 1, w Rzymie 8, w Paryżu 5, w Zurychu i Brukseli po 1, w Petersburgu i Odesie po 2. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 15, w Paryżu i Londynie po 14, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Budapeszcie 20, w Paryżu 17, w Londynie 49, w Liwerpolu 16. Z płonicy umarło w Paryżu 14, w Petersburgu 21. Z błonicy umarło w Warszawie 13, w Berlinie 42, we Wrocławiu 12, w Gdańsku 10, w Dreźnie 7, w Mnichowie 9, w Paryżu 44, w Londynie 30, w Amsterdamie 11, w Petersburgu 12. Z krztuśca umarło w Paryżu 11, w Londynie 118, w Amsterdamie 6. Z cholery umarło we Francyi od 23—30 grudnia 9 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; w Warszawie 31,8; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 30,2; w Pradze 45,6; w Budapeszcie 30,3; w Salcburgu 27,0; w Gracu 33,9; w Insbruku 56,0; w Bernie 27,6; w Brodach 25,6; w Drohobyczu 41,0; w Przemyślu 47,1; w Tarnopolu 27,1; w Tarnowie 31,3; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 28,0; w Bazylei 28,1; w Brukseli 28,7; w Chrystyjanii 16,2; w Kopenhadze 21,9; w Londynie 22,4; w Odesie 32,9; w Paryżu 20,1; w Petersburgu 28,1; w Rzymie 25,9; w Stokholmie 25,5; w Zurychu 20,4.

J. B.

IX. Wiadomości bieżące.

---

* **Kraków** d. 28 stycznia. Na posiedzeniu Rady sanitarnéj dolno-austryjackiéj w Wiedniu, odbytém d. 21 bm., referent lekarski Dr. Karajan odczytał sprawozdanie o brakach tegoczesnego systemu nauczania medycyny i podał wnioski względem reorganizacyi studyjów lekarskich. P. referent oświadcza się przeciw wolności uczenia i nauczania i zaleca ścieśnienie téj swobody, przynajmniéj w tym stopniu, jak na wydziałach prawniczych; należy ustanowić plan nauk, którego uczniowie trzymać się byliby obowiązani; liczba uczniów ma odpowiadać obszarowi lokalności, aby wszyscy słuchacze z prawdziwą korzyścią uczęszczać mogli na wykłady; czas składania egzaminów ma być ściśle oznaczony; uczniowie po ukończeniu nauk mają mieć obowiązek uczęszczania jeszcze przez 2 lata do szpitala, natomiast mają być uwolnionymi od egzaminów przyrodniczych. Wnioski te Rada wysłuchała i zamierza zastanowić się nad niemi. — Zgadzając się w zupełności na potrzebę reformy, a nawet z niektóremi wnioskami Dra Karajana, nie możemy jednak zataić zdziwienia, zkąd Rada sanitarna krajowa przyszła do wysłuchania tych wniosków, czy p. referent z własnego natchnienia wnioski te przedłożył lub otrzymał polecenie od władzy wyższéj. Sądzimy bowiem, że sprawa podobna nie należy do kompetencyi jednéj z Rad sanitarnych prowincyjonalnych, lecz albo do wszystkich jednocześnie albo do Rady najwyższéj, a przedewszystkiém wypadałoby radzić się uniwersytetów samych.

* Wczoraj zebrali się członkowie Tow. lekarskiego w sali wykładowéj prof. Wróblewskiego, gdzie po wyjaśnieniu przez ostatniego szczegółów odnoszących się do zastosowania mikroskopu elektrycznego, prof. Adamkiewicz okazał liczne przekroje rdzeniów, barwione karminem, safraniną i błękitem metylowym, dając pogląd na histologiję normalną i patologiczną tego ośrodka nerwowego. Projekcyja obrazów była dokładną i bardzo pouczającą.

* P. Minister Oświecenia bawił temi dniami w Pradze czeskiéj, gdzie zwiedzał zakłady obydwóch Wydziałów lekarskich.

* Na posiedzeniu administracyjném sekcyi żółkiewskiéj Tow. lek. gal., odbytém d. 23 bm. w Sokalu wybrano prezesem sekcyi Dra Jakubowicza, jego zastępcą Dra Broniowskiego, sekretarzem Dra Jajusa, wreszcie delegatem na Walne Zgromadzenie do Lwowa jednogłośnie Dra Broniowskiego.

* Prezesem Rady sanitarnéj Królestwa czeskiego wybrany został referent lekarski Dr. Smoler, a jego zastępcą prof. Maschka.

* Rząd węgierski wysłał prof. Wiktora Babesa kosztem Państwa do Paryża celem zapoznania się w pracowni Pasteura z jego sposobem zapobiegania wściekliźnie.

* **Praga czeska** d. 25 stycznia. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých" demonstrował prof. Hlava następujące preparaty anatomiczne: 1) Obliteracyja żyły głównéj zstępującéj u kobiety 22-letniéj, zmarłéj z gruźlicy płuc. Od żyły bezimiennéj lewéj wychodziła gruba żyła przez śródpiersie przednie do przepony i stanowiła obieg oboczny między obliterowaną górną a dolną żyłą główną. Drugą uboczną drogą była na mały palec szeroka żyła wieńcowa prawa. Przyczyną obliteracyi była prawdopodobnie *pericarditis adhaesiva* i *pleuritis*, ucisk na żyłę główną górną, ztąd zaczopowanie i po zorganizowaniu zakrzepu obliteracyja. 2) 4-tygodniowe dziecko, które wnet po narodzeniu okazywało sinicę; takowa zwiększała się ciągle, aż wreszcie po 4ch tygodniach dziecko to umarło z ostrego obrzęku płuc. Przyczyną sinicy i wreszcie ostrego obrzęku płuc były znaczne nieprawidłowości w krążeniu. Jako pozostałości rozwojowe znajdowały się dwie żyły główne górne, z których jedna wchodziła normalnie do przedsionka prawego, druga przyczepiała się postronkiem włóknistym ślepym do przedsionka lewego. Żyły płucne nie wchodziły do przedsionka lewego lecz do żyły głównéj lewéj. Żyła wątrobowa zamiast do żyły głównéj dolnéj wchodziła własnym otworem w przeponie do przedsionka lewego. Oprócz otworu jajowatego w przegrodzie przedsionków defekt w górnéj części przednich komórek. Krew tętnicza mięszała się tutaj w zupełności z żylną, ztąd owa sinica za życia. Stopniowo postępujące zamykanie się otworu owalnego tłumaczy wzmaganie się sinicy, a znaczne zboczenia w dekarbonizacyi i utlenianiu krwi śmierć po 4-tygodniach. — Następnie Dr. Rubeška miał odczyt o doszczętném i łagodzącém leczeniu raka macicy.

Dr. Obrzut.

* **Berlin.** Od d. 7 —10 kwietnia r. b. odbędzie się XV Zjazd chirurgów niemieckich. Z wykładami należy się zgłosić do 1 marca pod adr. prof. Gurlta (Berlin S. W. Bernburgerstrasse 15/16). Na porządku dziennym Zjazdu według uchwały zapadłéj w roku przeszłym będzie: 1) dalszy ciąg rozpraw nad tezami Volkmanna o gruźlicy; 2) dalsze doświadczenia nad operacyją zajęczéj wargi z powikłaniami; 3) rozprawy nad rękoczynami na pęcherzu moczowym.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Prof. Filehne z Erlangi powołany został jako prof. zwyczajny farmakologii. — **Berlin.** Prof. Fürbringer z Jeny wybrany został przez Magistrat berliński prymaryjuszem oddziału chorób wewn. w szpitalu w Friedrichshain. — **Erlanga.** Od kliniki chorób wewn. ma być oddzieloną poliklinika, przełożonym pierwszéj będzie prof. Strümpell, ostatniéj prof. Penzoldt.

* **Odznaczenia.** Proff. Brodowski w Warszawie i Kowalewski w Kazaniu otrzymali ordery św. Stanisława 1éj kl. a prof. Hoyer order św. Włodzimierza 3éj kl.

Prof. Bergmann w Berlinie otrzymał order orła czerwonego 3éj a radzca sanitarny i fizyk obwodowy w Rawiczu, Dr. Adamkiewicz, (ojciec prof. U. J.) tenże order 4éj kl.

* **Nekrologija.** W Strasburgu umarł tameczny prof. zoologii Dr. Oskar Schmidt w 60 roku życia. W r. 1855 Schmidt przez ówczesnego ministra oświecenia hr. Thuna powołany został z Jeny do Krakowa i w Uniw. naszym przez 2 lata wykładał zoologiję i anatomiję porównawczą; późniéj przeniósł się do Gracu a ztamtąd do Strasburga. — W Wiedniu otruł się sinkiem potasu lekarz praktyczny Dr. Rischawy, liczący lat 33, cieszący się wielką praktyką i znacznym majątkiem, przyczyną jego samobójstwa była miłość nieszczęśliwa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Niedźwieckiego: Rana postrzałowa czaszki drążąca; Jasińskiego: Leczenie skolijozy. (c. d.); Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 4: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 1: Krówczyńskiego: Gimnastyka żeńska.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. BOGDANIK (w Biały): Naht der gebrochenen Kniescheibe (Odbicie z „W. med. Presse 1885) in 8vo str. 8. Rozprawa ta była naprzód drukowaną w Przeglądzie Lek.

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichijatryi i newropatologii, pod redakc. prof. Mierzejewskiego w Petersburgu. Rok 3ci zeszyt 2gi z 1 tabl. chromo, i 2 tabl. ksylograf. in 8vo str. 322.

Piśmiennictwo lekarskie. MARIANI, Le coca et la cocaïne. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1½

MAUTHNER L., Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde. 12 Heft. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 2. 40

METZGER S., Pyridin, Chinolin u. deren Derivate. gr. 8. Brnschwg., Vieveg et S. M. 4. —

MOSETIG-MOORHOF A. R. v., Handbuch der chirurgischen Technik bei Operationen u. Verbänden. Mit Abb. (In ca 10 Lfgn). Allgemeiner Thl. 1 Lfg. gr. 8. Wien, Toeplitz et Deuticke. M. 1. 50.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 3 lutego rb. o godzinie 6téj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: kol. Gluziński będzie miał rzecz o zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych (według doświadczeń robionych przez śp. Dra Alfreda Wolframa).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 6 lutego 1886. **Nr 6.** Rok XXV.

I. O krążeniu krwi w komórce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

12) Naczynia i wypustki nerwowe komórki zwojowéj.

Zanim na tle dopiero co skreślonego stosunku układu naczyniowego w komórce zwojowéj przystąpię do rozwinięcia istoty krążenia w komórce, muszę jeszcze dla lepszego zrozumienia rzeczy na to zwrócić uwagę, że opisane przezemnie naczynia zwojowe nie mają nic wspólnego ze znanemi wypustkami nerwowemi komórek zwojowych, przynajmniéj z temi, które zawierają istotę rdzenną i bez wątpienia są włóknami nerwowemi. Potrzeba tylko rzucić okiem na preparat, aby ze szczegółów poznać, że rozchodzi się tu jedynie o preformowaną siatkę naczyniową.

W szczególności muszę na to zwrócić uwagę, że tętnice i żyły zwojowe, pominąwszy już to, że są w stosunku do szerokich i bardzo grubych istotę rdzenną zawierających wypustek nerwowych bardzo cienkiemi i drobnemi tworami, oddzielają się od pni i do pni uchodzą, jak się to tylko w naczyniach dzieje. Nastrzykane twory przedstawiają się daléj jako rurki, których ściany, o ile to dotyczy drobnych tętnic, z komórek płaskich, pnie zaś z podłużnych jąder warstwy zewnętrznéj i poprzecznych warstwy środkowéj składają się.

Środkowa żyła musi być także samoistną rurą, gdyż ciągnie się od zatoki żylnéj zwoju przez ciało tegoż, przekracza przestrzeń torebkową i uchodzi na zewnątrz torebki do żyły większéj.

Nerwy nie tworzą nigdy siatek, tylko smugi równolegle się ciągnące, które, gdyby nawet mogły być nastrzyknięte, o czém według moich doświadczeń mowy być nie może, nie mogłyby dać nawet w przybliżeniu podobnego do siatki naczyniowéj rysunku.

Nerwy istotę rdzenną zawierające nie rozgałęziają się nigdy. Nigdy jeden nerw nie łączy się z drugim. Dla wielkich skeptyków dodam jeszcze: 1) że tętnica kończy się na obwodzie komórki zwojowéj i że masa injekcyjna, która przez tętnicę do komórek zwojowych dochodzi, wylewa się na obwodzie tychże do przezemnie nazwanego przestworu zwojowego, a 2) że żyła zwojowa wprost z t. zw. „jądra“ wychodzi i że następnie masa injekcyjna do środka komórki zwojowéj wchodzi i ostro i wyraźnie tu znajdującą się przestrzeń próżną wypełnia. Nerw rdzenny komórki zwojowéj, jak wiadomo, nie wychodzi ani z obwodu ani ze środka komórki, lecz bierze początek z samego ciała zwojowego, a mianowicie z miejsca na powierzchni tegoż leżącego między obwodem a t. zw. „jądrem“, zbierając z tego miejsca swoje włókienka zbieżnie.

Gdyby zaś masa injekcyjna wzdłuż nerwów do zwoju się dostawała, to nie mogłaby się ani do obwodu, dokąd tętnica dochodzi, ani do centrum, zkąd żyła wychodzi dostać i tu właśnie przestrzeni zwojowéj wypełniać. Musiałaby się chyba 1) pomiędzy środkową przestrzenią próżną i obwodem komórki zwojowéj, a więc na inném miejscu powierzchni zwoju między obwodem a środkiem leżącém, pokazać, a 2) musiałaby się tutaj rozlać a nie utworzyć przestrzeni ściśle ograniczonéj, jak to ma miejsce przy tętnicy lub żyle.

Obok tych posiada jeszcze komórka zwojowa, jak wiadomo, bezrdzenne wypustki pierwoszcza.

Wiele danych zdaje mi się przemawiać za tém, że te wypustki, przynajmniéj w części, są identycznemi z mojemi naczyniami zwojowemi.—Przedewszystkiém są wypustki pierwoszcza w przeciwieństwie do włókien istotę rdzenną zawierających nadzwyczaj cienkiemi i delikatnemi, tak jak naczynia przezemnie nastrzykane. Przedstawiają się one zawsze, jak to Arndt (*Archiv f. mikrosk. Anatomie* 1874) opisał, jako proste wydłużenia saméj komórki.

Jakbym ja dodał, przedstawiają się wypustki pierwoszcza nie jako wydłużenia ciała komórki saméj, lecz raczéj

błony okrywającéj komórkę zwojową, która bez wątpienia identyczną jest z moją błoną zwojową.

Na preparatach rozstrzępionych jest stosunek ten wypustki pierwoszcza do osłonki zwojowéj bardzo widocznym. Ale nawet na dobrze, szczególnie safraniną barwionych, cięciach rdzenia można się zawsze o tém przekonać, że wypustki bezrdzenne czyli pierwoszcza komórek zwojowych są wydłużeniami cienkiéj otaczającéj je błony i że w tępym początku tych wypustek istota komórki zwojowéj kończy się jasnym i wyraźnym brzegiem. Ten stosunek wypustek pierwoszcza przemawia dostatecznie za tożsamością ich z mojemi tętnicami zwojowemi.

Przypuszczenie to zyskuje tém więcéj poparcia, że jak wykazałem przy opisie tętnic zwojowych, pojedyncze tętniczki łączą ze sobą sąsiednie zwoje i w ten sposób wcałym łańcuchu zwojów jednolity prąd krwi utrzymują.

Bezrdzenne wypustki łączą także, jak wiadomo, sąsiednie zwoje ze sobą. Jeżeli naturalnie z analogii téj nie wypływa jeszcze, że wszystkie bezrdzenne wypustki zwojów są naczyńkami, to jednak to powiedzieć można, że część ich z wszelką pewnością do układu naczyniowego zaliczyć należy.

Krążenie krwi w komórce zwojowéj.

Nie ulega żadnéj wątpliwości, aby prawidła krążenia dla zwojów międzykręgowych nie miały znaczenia i dla zwojów innego rodzaju. Dla tego potrzebuje tylko uogólnić otrzymane wyniki co do krążenia w zwojach międzykręgowych, aby dla krążenia w komórce zwojowéj utrzymać system unaczynienia. System ten przedstawia się w następujący sposób:

Komórka zwojowa posiada swe własne naczyńko tętnicze i ułożona jest wśród jego światła. Pień ten (*Vas afferens*) rozszerzonym jest w tém miejscu, gdzie znajduje się komórka zwojowa. Z drugiéj strony rozszerzenia ciągnie się w miejscu niestałém tętnica zwojowa jako wąskie naczyńko (*Vas efferens*). Uchodzi ona wreszcie do ogólnego układu tętniczego, a to mianowicie albo wprost łącząc się z drugą tętnicą albo też nie wprost, przyjmując jeszcze rolę tętnicy zwojowéj dla drugiéj, czasem nawet dla trzeciéj, czwartéj itd. komórki.

Skutkiem takiego ułożenia styka się komórka zwojowa bezpośrednio z krwią tętniczą, tak że całkiem jest w świeżéj do niéj przypływającéj i odżywiającéj ją krwi zanurzoną.

W skutek tego téż jest ona w stanie w każdéj chwili swe potrzeby odżywcze w zupełności zaspokoić.—A potrzeba ta musi być w komórce zwojowéj dosyć znacznego stopnia, gdyż suma zużytego materyjału stoi w prostym stosunku do wielkości pracy, a praca właśnie zwojów musi być dla tego bardzo wielką, bo czynność każdego organu pobudzoną jest przez zwoje i w ostatniéj instancyi jest czynnością zwojową.

Fakt ten, że elementy tkaninowe, jak to dla komórek zwojowych wykazałem, wprost nurzają się w odżywiającéj je krwi tętniczéj, był nam dotąd z jednego tylko znany przykładu. Mianowicie podają, że kosmki na kosmówce łożyska oblane są krwią macierzystą. Tyle na pewno powiedzieć można, że tu i tam mamy do czynienia z urządzeniem, które wpływa korzystnie na istotną potrzebę dokładnego zużytkowanie materyjalu odżywczego.

W dalszym ciągu krążenie krwi odbywa się w następujący sposób. Podczas gdy krew tętnicza okrąża zwój, dostaje się część jéj potrzebna do odżywienia komórki z powierzchni do jéj wnętrza. Do tego przyczynia się szczególnie ta okoliczność, że naczyńko wychodzące z uchyłku naczyniowego jest węższe aniżeli tętniczka doń wchodząca, przez co odpływ krwi otaczającéj zwój jest opóźnionym.

Krew w ten sposób dostająca się do wnętrza komórki zwojowéj staje się jeszcze wewnątrz komórki żylną i zbiera się jako taka wewnątrz ciała zwoju w jamie wolnéj w tym celu istniejącéj.

Jama ta wolna jest środkową zatoką żylną zwoju, ten utwór, który dotychczas za jądro komórki zwojowéj był uważanym, a który niczém inném nie jest jak tylko naczyńkiem pęcherzykowato uformowaném. We wnętrzu tego pęcherza leży t. zw. „jąderko,“ które ponieważ jest jedynym tworem stałym zwoju, uważać należy jako właściwe jądro komórkowe zwoju. Ze środkowéj zatoki żylnéj wypływa krew żylna przez własną nadzwyczaj cienką żyłę zwojową do ogólnego krążenia żylnego.

Cały układ naczyniowy komórki jest jeszcze sam zanurzony w aparacie limfatycznym, a limfa w nim się znajdująca krąży w naczyńkach mających ten sam kształt co układ naczyniowy tętniczy zwoju. Uchyłkowi tętniczemu odpowiada torebka zwojowa, a tętnicy do- i odwodzącéj komórki zwojowéj obydwa rurkowate wyrostki téjże. Zresztą jest układ naczyń limfatycznych komórki zwojowéj tak samo jak każde inne naczyńko limfatyczne zbudowane i składa się z zewnętrznego pokładu tkanki łącznéj i z zewnętrznego pokładu przybłonkowego.

Zważywszy, że krążenie w komórce odbywa się przez naczyńka o grubości zaledwie dziesięciotysięcznéj części milimetra, do których więc ciałka krwi dostać się nie mogą, przypuścić trzeba, że odżywianie komórki zwojowéj odbywa się tylko za pomocą osocza krwi. Odżywienie zaś samo przedstawić sobie należy jako sprawę czysto dyfuzyjną, odbywającą się w ten sposób, że osocze tętnicze z uchyłka tętniczego przechodząc przez ciało zwojowe, nabiera własności żylnéj i jako osocze żylne do środkowéj zatoki żylnéj się dostaje, a ztąd przez naczyńko środkowe żylne do ogólnego krążenia żylnego reszty ciała odpływa.

Czy coś podobnego odbywa się także przy odżywianiu pierwiastków tkaninowych i w innych tkankach, to przyszłość okaże.

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

IV. *Fibromyona uteri* rozrastające się podotrzewnowo w miednicy. Wyłuszczenie z utworzeniem worka otrzewnowego. Worek z gazy jodoformowéj. Wyleczenie w 29 dniach.

Gütel Krebsowa lat 54 licząca, żona piekarza z Tuchowa. Nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Pierwsza miesiączka wystąpiła w 13 roku życia i odtąd bywała zawsze regularną; obecnie miesiączka już się nie pojawia, ostatnia była przed 8 miesiącami. W 24 roku życia wyszła za mąż, a w 12 lat późniéj odbyła jedyny poród, poród był ciężki, dziecko przyszło na świat nieżywe. Początku obecnéj choroby chora dokładnie podać nie umie. Przed rokiem chora spostrzegła, iż ma jakiś guz w brzuchu; ponieważ jednak guz

ten żadnych znaczniejszych dolegliwości jéj nie sprawiał, dla tego porady lekarskiéj nie zasięgała. W ostatnim czasie atoli chora doznaje bólów w nogach, silnego parcia na mocz i utrudnienia w oddawaniu moczu; objawy te skłoniły ją do szukania pomocy lekarskiéj.

Stan jéj w dniu przyjęciu 4 lutego 1885 był następujący: Kobieta wzrostu średniego, dobrze zbudowana i dobrze odżywiona. W narządach oddechania, krążenia i trawienia zmian nie ma żadnych, mocz prawidłowy, ciepłota nie podwyższona. Brzuch znacznie wysklepiony, na powłokach brzusznych blizny poporodowe i rozdęte żyły podskórne. Największa objętość brzucha przez pępek wynosi 118 cm., przestrzeń między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem 34cm., między pępkiem a spojeniem łonowém 22cm. Wysklepienie to brzucha pochodzi od guza ściśle odgraniczyć się dającego i w górnéj części łatwo z boku na bok ruchomego. Guz ten jest kształtu podłużnego, wielkości dwóch głów męzkich, konsystencyi elastycznéj i powierzchni gładkiéj. Badanie przez pochwę wykazuje: część pochwowa ku tyłowi zwrócona, przednie jako też boczne sklepienie znacznie wypuklone przez ciało twarde z guzem przez powłoki brzuszne wybadanym w bezpośrednim związku stojące. Dalszego ciągu macicy wybadać nie można. Odnogi dolne obrzękłe.

Dnia 7go lutego. Cięcie w powłokach brzusznych około 12cm. długie. Po otwarciu jamy brzusznéj okazał się wyż opisany guz wychodzący z prawéj strony trzonu i szyi macicy i rozrastający się między blaszkami więzadła szerokiego prawego podotrzewnowo w miednicy. Oprócz tego guza głównego uwydatniały się jeszcze dwa mniejsze włókniaki. Przecięto otrzewnę nad guzem i wyłuszczono go zupełnie z torebki otrzewnowéj zabierając razem i jajnik prawy. Następnie założywszy wąż elastyczny wykonano amputacyję nadpochwową macicy sposobem Schroedera. Przez wyłuszczenie guza z torebki została duża jama otoczona ścianami z otrzewny. Część téj torebki otrzewnowéj wycięto, resztę zaś zeszyto i przymocowano w dolny kąt rany w powłokach brzusznych. Do rany téj wprowadzono worek z gazy jodoformowej a do worka 2 paski gazy. Następnie zespojono powłokę brzuszną zwykłym sposobem pozostawiając w dolnéj połowie rany otwór, przez który worek jodoformowy wystawał. Opatrunek antyseptyczny. Operacyja trwała przeszło godzinę. Badanie anatomiczne guza wykazało włókniomięśniak macicy.

W pierwszych dniach po operacyi chora osłabiona, niespokojna skarży się na ból w ranie; ciepłota dochodziła 38·5°, tętno do 120. Zresztą język wilgotny, bębnicy, wymiotów, nudności nie było, a wiatry w drugi dzień po operacyi odeszły. 9 lutego zmieniono opatrunek, paski gazy z worka częściowo usunięto. 11/2 wyjęto paski z worka i pozostawiono sam worek w ranie, chora czuje się silniejszą, bólów tak znacznych nie ma. 14/2 Worek wyjęto i zastąpiono drenem. Ciepłota obecnie prawidłowa, tętno 96. 17/2 wyjęto szwy płytkowe i głębokie, jamę przestrzykano kwasem salicylowym. Chora dotychczas stolca nie miała, polecono lewatywę, która dopiero po kilkakrotném zastósowaniu skutek wywarła. Chorą opatruje się co drugi dzień z powodu dość znacznéj wydzieliny, przyczém przestrzykuje się kwasem salicylowym i dren się powoli skraca. 25/2 wyjęto szew kuśnierski, rana zagojona przez rychłozrost z wyjątkiem miejsca gdzie dren leży. 29/2 dren zupełnie usunięto, a przetokę lapisem przypalono, 8/3 rana zupełnie zagojona, chora wychodzi z kliniki uleczoną.

V. *Myoma uteri* po części podotrzewnowo w małéj miednicy ustalone. Wyłuszczenie z otworzeniem worka otrzewnowego. Worek z gazy jodoformowéj. Wyleczenie w 24 dni.

Maryja Dyszkowa z Baczkowa l. 30 zamężna, pochodzi z rodziny zdrowéj i dotąd nigdy nie chorowala. Regularność poraz pierwszy pojawiła się w 17 roku i odtąd odbywa się zupełnie prawidłowo wyjąwszy ostatnie kilka miesięcy, gdzie stała się obfitszą i bardzo bolesną, w skutek czego chora nie mogła oddawać się zajęciom domowym. Przed 5ciu laty odbyła poród zupełnie prawidłowy. Od 2 lat zauważyła pacyjentka w brzuchu guz, który początkowo rósł bardzo powoli, w ostatnich miesiącach jednak nader szybko się powiększał.

Stan obecny: Kobieta wzrostu średniego miernie odżywiona, niedokrewna. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch wzdęty więcéj poniżéj pępka niż powyżéj tegoż (obwód w wysokości pępka wynosi 85 cm.) Przez powloki brzuszne bardzo wiotkie można wyczuć guz twardy o powierzchni gładkiéj wychodzący z miednicy małéj a sięgający ku górze na 3 palce poniżéj pępka; na lewo sięgał tenże guz do linii pachowéj przedniéj, na prawo zaś chował się w głąb okolicy lędźwiowéj. Na przedniéj powierzchni guza można wymacać płytki wrąb pionowy dzielący cały guz na dwie części. Guz w górnéj części był na wszystkie strony poruszalny. Przy badaniu przez pochwę czuć w sklepieniu tylném guz twardy, stojący w bezpośrednim związku z częścią pochwową macicy, dający się tylko bardzo nieznacznie wypchnąć ku górze.

Dnia 26 lutego 1885 przystąpiono do laparatomii. Cięcie w powłokach brzusznych 20cm. długie. Po otwarciu jamy otrzewnowéj ukazał się zaraz guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, wychodzący z trzonu macicy, z trzewami brzusznemi wcale niezrośnięty. Od tylnéj i prawéj ściany macicy wychodził jednak drugi guz mniejszy przechodzący w dopiero co opisany większy, leżący w głębi miednicy małéj podotrzewnowo i niedający się z niéj wydobyć. Przecięto tedy otrzewnę nad tym ostatnim guzem i wyluszczono drogą przeważnie tępą. Po uwolnieniu tego guza z miednicy założono wąż elastyczny na około macicy i wykonano w typowy sposób wycięcie nadpochwowe macicy *(amputatio supravaginalis)* według Schrödera. Po należytém oczyszczeniu jamy otrzewnowéj zeszyto górną część rany zupełnie a w dolną, wszyto worek otrzewnowy powstały po wyłuszczeniu guza w miednicy małéj położonego. Do jamy téj włożono worek z gazy jodoformowéj wypełniony jeszcze trzema paskami gazy.

Dalszy przebieg nie pozostawiał zgoła nic do życzenia. Pacyjentka wcale nie gorączkowała, tylko przez pierwszych 48 godzin wymiotowała kilka razy. Worek w całości usunięto na piąty dzień i zastąpiono go drenem, który codziennie mniéj lub więcéj o 1cm. skracano. 10 dnia wyjęto wszystkie szwy głębokie. Rana w całości zagoiła się przez rychłozrost wyjąwszy miejsce, w którém znajdował się sączek. Po 3 tygodniach i to miejsce zupełnie było zabliźnione. Po 24 dniach pacyjentka zupełnie wyleczona opuściła klinikę. Według doniesienia listownego ma się obecnie zupełnie dobrze, tylko od czasu do czasu występują bóle w głębi brzucha. Regularność nie wróciła.

(C. d. n.).

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Płeć nie odgrywa tu roli przeważnéj a chociaż w obliczeniach statystycznych państwa rakuskiego śmiertelność zawsze wykazuje większą cyfrę wśród chłopców, niż wśród dziewcząt, różnica ta jednak nie jest tak znaczną, abyśmy przypuścić musieli, że wśród równych warunków płeć męzka łatwiéj błonicy ulega, niż płeć druga; Dr. Rolle zaś (l. c.) podaje, iż w powyższéj epidemii nawet więcéj kobiet błonicy uległo.

Co do artykułów żywności, to wielu autorów przecenia aż nadto wpływ ich na powstawanie i szerzenie się dyfteryi.—I tak jedni przypisują pojawienie się dyfteryi pokarmom mięsnym i chcieliby tym sposobem powiększyć zastęp wegeteryjanów, inni zaś tę samą rolę przyznają mleku, ziemniakom itp.; tego rodzaju twierdzenia jednak są nieuzasadnione, w okolicach bowiem górzystych Galicyi wschodniéj dzieci nie widzą mleka, a tém mniéj mięsa, od chwili odstawienia ich od piersi matczynéj i żywią się przeważnie chlebem owsianym, kukurydzą a przecież błonicy ulegają. — Mleko jedynie może odegrać tę smutną rolę w ten sposób, że za jego pośrednictwem może być przyrzut chorobowy z chat nawiedzonych przez błonicę przeniesioném, jak o tém Klebs w swéj monografii o dyfteryi (*Real-Encyklopaedie* 4 Bd. str. 161) upewnia.

Według spostrzeżeń tegoż badacza pojawiła się dyfteryja w małéj wiosce szwajcarskiéj i między innemi domami nawiedziła również i wiejską mleczarnię, a dzieci właściciela téjże chore na błonicę spały w téj saméj izdebce, w któréj znajdowały się i naczynia napełnione mlekiem. Z mleczarni téj przyniesiono mleko do odległego i odosobnionego domostwa a zamieszkałego przez rodzinę z czworgiem dzieci. Wkrótce pojawiła się w domu tym dyfteryja, któréj ofiarą padli dwaj chłopcy w wieku 5 i 7 lat, chłopczyk zaś starszy i rodzice przebyli na pozór zwykłe zapalenie gardła, a tylko 3letnia dziewczynka zupełnie nie chorowała, ale też ta jedynie z całéj rodziny nie karmiła się mlekiem z mleczarni, tylko mlekiem pobieraném z domu sąsiedniego, niedotkniętego błonicą. — Fakt ten w istocie ciekawy w swym rodzaju dowodzi zarazem, jak należy być ostrożnym w pobieraniu wiktuałów podczas panowania epidemii błonicy i jak niezwykłemi drogami mordercza ta choroba szerzy się i porywa swe ofiary.

Powszechnie przyjętém jest zdanie, że dzieci, które raz uległy błonicy i szczęśliwie ją przebyły, są nader skłonnemi do ponownego ulegania téj chorobie, a zatém, że przez przebycie choroby usposobienie chorobowe się wzmaga. Co do mnie, to poprzeć muszę zdanie Montiego (*Ueber Croup und Diphteritis im Kindesalter*) że zdarza się to tylko nader wyjątkowo i prędzéj zdarzyło mi się podczas epidemij duru plamistego widzieć w ciągu jednéj i téj saméj epidemii, że jeden i ten sam chory dwukrotnie przebył dur, aniżeli, żeby jeden i ten sam chory przebył dwa razy błonicę. Raz tylko widziałem, że dwoje dzieci jednego roku przebyło lekką błonicę szczęśliwie, a w rok późniéj padły ofiarą samoistnéj, złośliwéj błonicy i to w skutek spraw chorobowych następowych; 4 letni chłopczyk już po przebyciu choroby w okresie najlepszéj rekonwalescencyi biegając po pokoju nagle upadł i zginął skutkiem porażenia serca, a 6 letnia dziewczynka również w okresie wyzdrowienia po przebyciu ciężkiéj dyfteryi została nagle na wpół porażoną, a następnie wśród objawów bialkomoczu, ogólnéj puchliny i napadów mocznicy życie zakończyla. — Być może, że znaczna śmiertelność w następstwie dyfteryi czyni przypadki tego rodzaju rzadkiemi tylko wyjątkami, ale bądź co bądź faktem jest, że niesłusznie spotykamy się z powyższém mniemaniem tak bardzo rozpowszechnioném, a nieopartém na ścislych, umiejętnie poczynionych spostrzeżeniach.

Co do zaraźliwości dyfteryi, to powszechnie przyjętém jest zdanie, iż choroba ta szerzy się przez zetknięcie się zdrowych z chorymi, a zdanie to zdaje się być należycie uzasadnioném, pomimo, że niektórzy autorowie, jak np. Monti (l. c. str. 143), usiłują podkopać tegoż wiarogodność, twierdząc, że zdarzają się przecież przypadki zachorowania jednego tylko dziecka wśród licznéj rodziny, podczas gdy inne nawet nieodosobnione chorobie téj nie ulegają. Twierdzą nadto, że gdyby błonica była w istocie tak bardzo zaraźliwą, toby daleko większa część lekarzy i osób zajmujących się pielęgnowaniem chorych chorobie téj uległa, a choroba przybierałaby nader szerokie rozmiary. Tego rodzaju gołosłowne twierdzenia, jak sądzę, nikogo złudzić nie potrafią i groźnéj chorobie dyfteryi nie zdolają zetrzeć piętna zaraźliwości w wysokim stopniu, ani też nie wpłyną na przekonania sumiennych lekarzy praktycznych, których pierwszym jest obowiązkiem, w razie pojawienia się dyfteryi wśród dziatwy, natychmiast chorego jak najskrupulatniéj odosobnić, a resztę dzieci z domu nawiedzonego błonicą jak najspieszniéj wydalić. Smutne doświadczenie pouczyło mnie niejednokrotnie, jak trudną jest rzeczą ustrzedz się, aby przyrzut błonicowy z jednego dziecka chorego nie został rozwleczony i jako niemiły podarunek innym udzielony, chociażby reszta dzieci zostala umieszczoną w innym domu, otoczoną była odrębną służbą i chociażby profilaktycznie zażywały arszenik, płukały gardło itp. Przy końcu méj rozprawki przytoczę szczegółowo historyję epidemii domowéj błonicy i będę miał sposobność wykazania raz jeszcze groźnéj zaraźliwości téj choroby. Wszakżeż zresztą nikt z nas nie zaprzeczy, że dur plamisty w wysokim stopniu jest zaraźliwym i że szerzy się przez zetknięcie się chorych ze zdrowymi, tak że np. w jednéj chacie po kolei od pierwszego chorego wszyscy się zarażają i chorobie téj gromadnie nieraz ulegają, a mimo to zdarzają się przypadki, że lekarz leczący tysiące takich epidemicznie chorych, jeżeli ma organizm obdarzony silną odpornością, długie lata skutecznie opiera się przyrzutowi chorobowemu, aż dopiero w chwili pewnéj, kiedy odporność ta z różnych powodów zmniejszy się, pada ofiarą téj choroby. Niemal wszyscy lekarze rządowi doświadczyli lub doświadczać będą tego na sobie, a ja sam np. przez lat 5 przeszlo, więcéj niż 2 tysiące chorych badałem i leczyłem z powodu duru plamistego unikając szczęśliwie zarażenia się, aż dopiero przy pielęgnowaniu mego kolegi, który zapadł na dur plamisty, skutkiem nadmiernych fizycznych wysileń, przy kąpaniu i nacieraniu tegoż, spędzając wiele godzin dniem i nocą przy jego łóżku, chorobie téj w końcu uledz musiałem. Podobnież rzecz się ma i z dyfteryją; zaraźliwość jéj jest uzasadnioną, lecz w miarę odporności organizmu ujawnia się albo zaraz, albo dopiero kiedyindziéj w miarę dogodniejszych

warunków. Przykładów możnaby przytoczyć mnóstwo, a nie dawniéj, jak przed kilku tygodniami miałem sposobność stwierdzenia faktu, jak od 8-letniego chłopczyka dotkniętego dyfteryją zaraziły się matka tegoż i sędziwa babka, a dyfteryja szczególniéj u babki okazywała przebieg nawet wcale groźny. Zresztą cyfry statystyki zdrowotnéj na wstępie tego rozdziału przytoczone a wykazujące olbrzymią śmiertelność z powodu téj choroby uzasadniają najlepiéj ważny przymiot zaraźliwości dyfteryi.

Wielu również autorów zrobiło spostrzeżenie, że dyfteryja przenosić się może z ludzi nawet na zwierzęta, np. na psy (Bossi) i na odwrót ze zwierząt na ludzi, np. z cieląt na ludzi (Damann), z kotów na ludzi (Hewit). Lekarze włoscy, szczególniéj Nicati, a nadto Gerhardt, Lutz i Zimmer, stwierdzili udzielanie się dyfteryi ludziom za pośrednictwem kur. Następnie doświadczenia robione na zwierzętach przez Oertla i Trendelenburga udowodniły, że przez wprowadzenie błon dyfterytycznych do krtani i tchawicy udało się u niektórych wywołać błonicę, która téż zabijała te zwierzęta (według Trendelenburga pojawiła się błonica u 11 zwierząt na 68 zarażonych); dowodzi to również, że tylko mniéj odporne zwierzęta uległy zarażeniu, ale faktu zaraźliwości nie zwalcza. Zaszczepianie jednak wytworów dyfterytycznych u zwierząt nie wywoływało dotąd należytego obrazu błonicy. Felix, Homolle, Duchamps, Reynal, Francotte, Jankowski itd. szczepili bardzo wiele zwierząt za pomocą błon dyfterytycznych, lecz prócz zapalnego zadrażnienia w miejscu szczepienia nie zdołali innych objawów dyfteryi wywołać. Monti we wspomnianéj swéj monografii o dyfteryi (str. 149) przytacza 14 przypadków, które dotyczą lekarzy zarażonych błonicą z powodu skaleczenia się przy dokonywaniu cięcia krtaniowego lub dostania się do ich jamy ustnéj błon dyfterytycznych, a opierając się na umyślnych, lecz bezowocnych szczepieniach dokonywanych przez Trousseaua, Petera, Duchampsa, Felixa, Harleya, Mazzottego i Jankowskiego twierdzi, że w tych 14 przypadkach wybuch błonicy innym okolicznościom, a nie przypadkowemu zaszczepieniu przypisać należy i zwalcza przekonanie powszechne o zaraźliwości dyfteryi. Wprawdzie i ja sam operując 7-letniego chłopca, u którego po poprzedniém przebyciu złośliwéj odry wystąpiła błonica powikłana z zapaleniem dyfterytyczném krtani (z końcem maja 1884), przy dokonywaniu trudnego w tym przypadku cięcia krtaniowego, skaleczyłem się w palec, a nadto skaleczyłem przypadkowo i asystującego mi kolegę, a mimo to ani zapalenie naczyń limfatycznych, ani dyfteryja u nas obu się nie pojawiła, lecz fakt ten nie może sam jeszcze obalić pojęcia o zaraźliwości dyfteryi, a w 14 przypadkach przytaczanych przez Montiego dyfteryja tak szybko wystąpiła po skaleczeniu, a obraz jéj odtworzył się z taką dokładnością, że trudno uwierzyć w czysto przypadkowe skaleczenie i również przypadkowe równoczesne nabawienie się dyfteryi w inny sposób, lecz przypuścić należy charakterystyczny związek w tym względzie, a wytłumaczyć go można snadnie mniejszą odpornością organizmów uległych dyfteryi. Zresztą Monti sam przyznaje, że forma gnilna, czyli zgorzelinowa, dyfteryi jest zaraźliwą; sądzę zatém, że już sama konsekwencyja wymaga nie szukania jakichś wyjątków naciąganych, lecz przyznania się do powszechnie przyjętego zdania opartego na faktach i codzienném doświadczeniu, j. że „w warunkach odpowiednich wytwory dyfterytyczne zdołają czy to przez przypadkowe skaleczenie, czy to znów przez dostanie się błon do jamy ustnéj lub téż inną drogą wywołać znów właściwą błonicę“.

Dyfteryja zatém szerzy się przez wpływy szkodliwe miejscowo lub epidemicznie działające, przez zarażenie się, a nawet przez przypadkowe zaszczepienie wytworów chorobowych, przyczém nadmienić należy, że mimo rozlicznych i sumiennych badań nie doszliśmy jeszcze do zupełnego wykrycia wszystkich dróg, jakiemi się szerzy przyrzut dyfterytyczny, i że przypadki, w których błonica na pozór samoistnie wybucha, powstały przecież przez przeniesienie przyrzutu chorobowego, który u osoby przedstawiającéj dogodne warunki, odpowiednią glebę, należycie się rozwinął i dał początek tak ciężkiemu cierpieniu. Co więcéj nawet, na podstawie mych spostrzeżeń poczynionych podczas rozlicznych epidemij, skłonny jestem do przypuszczenia, że ten sam przyrzut chorobowy zdolny jest w miarę warunków odpowiednich wywołać błonicę łagodną, niemal nieżytową, lub téż formę jéj złośliwszą, co zależy od większéj lub mniejszéj odporności organizmu. (C. d. n.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.
Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

2) Brak woni. Do woni migdałów gorzkich wielu autorów przywięzuje bardzo wielką wagę; tak np. pisze Seidel (Maschka *Handbuch* II, str. 315): „*Der wesentlichste* „*Befund*, den man als *charakteristisch* bezeichnen kann, ist „*trotz aller dagegen erhobener Bedenken*, der Geruch nach „Blausäure (bittern Mandeln) in der Leiche“ [1]). W każdym razie byłoby to rzeczą uderzającą, że w przypadku otrucia sinkiem potasu, w przypadku, w którym wielka dawka musiałaby być wprowadzoną, skoro błona śluzowa żołądka od wpustu aż do odźwiernika była jednostajnie krwawo-czerwoną, w którym, jak to zaraz zobaczymy, trucizna nie została wydaloną, po otwarciu zwłok świeżych nikt nie czuł woni charakterystycznéj!

3) Badanie chemiczne nie wykazało sinku potasu. Zachodzi więc pytanie, co się stać mogło ze sinkiem potasu, z którego miała umrzeć Roberta M.? Szan. nasz przeciwnik przypuszcza: że trucizna albo została za życia wydzieloną, albo za życia lub śmierci rozłożoną.

Co do 1go przypuszczenia: Nie podobna przypuścić wydalenia trucizny za życia, skoro nie było ani wymiotów ani biegunki, a choroba trwała niespełna godzinę; do wydzielenia się zaś innemi drogami absolutnie czasu nie było.

Co do 2go przypuszczenia: O rozkładaniu się sinku potasu w organizmie żyjącym, w ciągu godziny i do tego stopnia, aby po śmierci żaden ślad trucizny nie pozostał, dotąd jeszcze nie słyszeliśmy. Natomiast poświęcić musimy kilka uwag kwestyi rozkładania się sinku potasu w trupach.

---

[1]) Zdanie to oczywiście było niewygodne dla obrony; dla tego prof. F. w broszurze swéj (str. 15) wyrywa z tego samego ustępu tylko zdanie: „Der Geruch ist bald nur eben wahrnehmbar itd.,“ i przez to wzbudza u czytelnika mniemanie, jakoby Seidel (a nie Maschka, jak prof. F. podaje), woń migdałów gorzkich lekceważył.

Dawniéj wierzono w nader szybkie rozłożenie się niektórych trucizn w ciele mocno gnijącém, a mniemanie to tyczyło się głównie fosforu i kw. pruskiego; co do ostatniego autorowie wszyscy powtarzali zdanie Taylora. Zapatrywanie jednak zmieniło się, odkąd Fischer i Müller w r. 1876 zdołali wykazać fosfor w zwłokach w 8, a względnie 12 tygodni po śmierci człowieka. Również inaczéj zapatrujemy się obecnie na możność wykazania kw. pruskiego, a tém bardziéj sinku potasu. Przypominam, że w rozgłośnym przypadku otrucia kw. pruskim hr. Choryńskiéj przez pannę Ebergenyi prof. Buchner w Monachijum w r. 1867 nietylko, jak twierdzi Lewin w 9—10 dni, ale i w 3 tygodnie jeszcze po śmierci hrabiny wykrył truciznę i że prof. Roussin w Paryżu w również rozgłośnym przypadku Trauppmanna, który wymordował całą rodzinę, na zwłokach Kinka, wykopanych po 3 miesiącach, jeszcze wykazał ślady preparatu sinowodowego, a Struve nawet po 18tu miesiącach miał wykryć kw. pruski. Lecz wszystkie te przypadki dawniejsze uszły jakoś uwagi, aż dopiero w r. 1876 Dragendorff wystąpił przeciw uprzedzeniu; pisze on: *(Die gerichtl. chem. Ermittlung von Giften)*: „choćby nawet 14 dni upłynęło od śmierci, nie ma powodu zaniechania dochodzenia chemicznego kw. pruskiego, zwłaszcza dla tego, że i sinki trujące w podobny sposób wykazać się dają jak kw. pruski, a one dłużéj się utrzymują aniżeli kwas wolny“. Dwa lata późniéj spotykamy się z przypadkiem Pincusa (*Viertelj. f. ger. Med.*, N. F., XXIX t.), w którym na zwłokach człowieka zmarłego 19 kwietnia 1877 wykonano sekcyję dopiero 24go, a więc po 5 dniach, rozpoznano odrazu otrucie kw. pruskim, a dopiero 27go, więc w 8 dni po śmierci uskuteczniono badanie chemiczne ze skutkiem dodatnim. Pomijam okoliczność, że i Lewin podaje, „iż średnio u człowieka kw. pruski w poszczególnych przypadkach wykazać można 9 lub 10go dnia po otruciu, ale nawet i późniéj, np. w płucach po 11, w jelitach po 15 dniach [1])“, bo czémże to wszystko jest w obec faktu, że prof. Ludwig we Wiedniu w przypadku Zillnera w 115 dni po śmierci wykazał kw. pruski w kawałku wątroby. Vibert i L'Hôte (*Annales d'hygiène publ.*, 1883) u dziewczyny 29 letniéj, która d. 12 kwietnia 1882 otruła się sinkiem potasu, odbywszy sekcyję d. 14/4 na ciele już gnijącém, d. 19/4 a więc w 7 dni wykryli kw. pruski, a ciekawi, dokąd truciznę wykazać można pomimo gnicia ciała, powtórzyli badanie jeszcze 35 dnia ze skutkiem pomyślnym. Jak dalece w ostatnich kilku latach zmieniło się zapatrywanie co do możności wykrycia kw. pruskiego, dowodzi także okoliczność, że w słynnym przypadku Steiner-Ballogh w 4 lata po śmierci Steinerówny Sąd wiedeński polecił wydobyć jéj zwłoki, i że na szczątkach jéj ciała prof. Ludwig kusił się o wykrycie kw. pruskiego, prawda że bez skutku. Dla tego też Hofmann w ostatniém wydaniu swego dzieła (1884) oświadcza: *„Die Zersetzlichkeit der Blausäure in der Leiche ist keineswegs eine so hochgradige, wie gewöhnlich angegeben wird“*. Twierdzenie więc szan. przeciwnika (str. 16), „że wszyscy toksykolodzy podnoszą ogromną lotność i łatwe rozkładanie się kw. pruskiego“, nie odnosi się do obecnego stanu nauki, który Wydział musiał jednak mieć na względzie, orzekając, „że gdy badanie chemiczne odbyło się dość szybko (bo w 4—5 dni po śmierci Roberty M.), wypada przypuścić, że chemicy zdołaliby wykryć truciznę w trzewach, gdyby do nich wprowadzoną została“.

[1]) Ustęp ten z dzieła Lewina snać dla obrony nie był potrzebny!

Faktem jednak jest, że w danym przypadku, pomimo, że zwłoki były świeże, chemicy nie wykryli żadnéj trucizny, a tém samém nie wykryli i sinku potasu. Okoliczność, że badanie chemiczne odbyło się nie na prowincyi lecz w stolicy kraju, że w drugiém zwłaszcza badaniu miał udział chemik pierwszorzędny, głośne mający imie nietylko w kraju ale i zagranicą, musiała przecież ciężko zaważyć na szali, zwłaszcza ze względu na powyższy wywód o możności wykazania sinku potasu. Cóż w obec tego wszystkiego ma znaczyć twierdzenie szan. przeciwnika (str. 16): „uwaga (pp. chemików) o wielkiéj ilości zepsutego przetworu i pewności wykrycia natenczas soli potasowych w zwłokach, jest hipotezą, potwierdzenia któréj nadaremnie szukaliśmy w dziełach toksykologicznych lub w kazuistyce“. Wszakże jest rzeczą wiadomą, że sinek potasu rozkładając się tworzy amonijak i sól potasową (mrówkan, winian itd. potasowy), a wykrycie soli potasowéj jest rzeczą łatwą; wszakże szan. przeciwnik sam przytacza przypadek otrucia kw. pruskim Schauensteina z r. 1857, „w którym już w 26 godzin po śmierci analiza chemiczna nie była „w stanie wykryć ani śladu trucizny, tylko kw. mrówkowy jako produkt rozkładu“ [1]). Co się zaś tyczy produktów rozkładu sinku potasu, nie trudno znaleźć w literaturze i kazuistyce potwierdzenie dla owéj „hipotezy“ pp. chemików lwowskich; trzeba tylko znać dokładnie literaturę, co, przyznaję, nie jest rzeczą łatwą. Gdyby np. szan. autor broszury był zapoznał się z aktami głośnéj sprawy otrucia hr. Choryńskiéj przez pannę Ebergenyi (a akta te w swoim czasie ogłoszone zostały drukiem przez prof. Martina w Monachijum), byłby nabrał przekonania, że w sprawie téj Sąd mnichowski już w r. 1868 zdradził nadzwyczajną ciekawość dowiedzenia się, co się dzieje w żołądku z potasem po wywiązaniu się ze sinku potasu kw. pruskiego, a usprawiedliwioną tę ciekawość jego zaspokoili dzielni chemicy sądowi, proff. Buchner w Monachijum, Heller i Kletzinsky we Wiedniu. A jeżeli potas wykazany w żołądku hr. Choryńskiéj w danym przypadku stracił dużo na znaczeniu, ponieważ hrabina na krótki czas przed otruciem spożyła była potrawę mięsną, do któréj składników należy potas, to wykrycie potasu lub soli potasowéj w żołądku Roberty M. miałoby znaczenie bardzo wielkie, gdy ona umarła po śniadaniu.

Ponieważ zaś prof. F. w broszurze swéj jeszcze obstaje przy tém, że śmierć Roberty M. mogła nastąpić i z otrucia kw. pruskim, to żałuję, że z Seidla, do którego ma tak wielkie zaufanie, nie wypisał sobie zdania następującego: *„Der chemische Nachweis* ist zur bestimmten Diagnose der *„Blausäurevergiftung unbedingt nothwendig. Man wird vor „Gericht nicht eine eventuell folgenschwere Diagnose vertreten*, „die sich vielleicht nur auf eine Geruchswahrnehmung basirt“ (Maschka II, 318). A w danym przypadku nie było nawet i woni!

4) Trwanie ostatniéj choroby Roberty M. i objawy téj choroby również nie przemawiają za otruciem sinkiem potasu.

Wiadomo powszechnie, że sinek potasu zabija prawie natychmiast, zwłaszcza, jeżeli dawka była większą a preparat czysty, a tylko w takich razach powstają znamionujące otrucie to zmiany w żołądku. Jeżeli zaś dawka była mała,

[1]) Dodajmy jeszcze opuszczone przez prof. F. z oryginału wyrazy: *„eine bedeutende Menge“* (von Ameisensäure), a nabędziemy przekonania, że szan. autor sam wyszukuje broni przeciw sobie.

preparat nie czysty, lub zażyty w płynie nieobojętnym, jeżeli treść żołądkowa była obfitą, jeżeli następują szybko wymioty itd., w takim razie choroba istotnie może trwać nieco dłużéj, ale za to przy sekcyi nie znajdujemy zmian charakterystycznych w żołądku. Całogodzinne więc trwanie niemocy u Roberty M. przy braku wymiotów nie licowało wcale z wynikiem oględzin żołądka.

Co do objawów szan. nasz przeciwnik powiada wprawdzie (str. 28), że u Roberty M. „widzimy z końcem życia okres zadyszkowy, wnet po nim drgawkowy, wreszcie zaś asfiktyczny, zupełnie jak to opisuje Lewin“, i nie widzi w tém nic takiego, coby mówiło przeciw otruciu. Pomijam okoliczność, że Lewin wypisuje z Orfili, który umarł w r. 1853, kiedy otrucia sinkiem potasu prawie nie znano jeszcze, — ale ustępem tym prof. F. dowodzi tylko, że Roberta M. ostatecznie umarła śród objawów uduszenia, o czém wcale nie wątpiliśmy. W każdym jednak przypadku otrucia, a tém bardziéj w tak zagadkowym przypadku, jak obecny, nie objawy końcowe rozstrzygają, boć z temi objawami porażenia ośrodka oddechowego spotykamy się w każdym przypadku, ile razy krew w tlen uboga a zamożna w CO_2 działa na ośrodek oddechowy a następnie i na ośrodek nn. hamujących serca; w otruciu natomiast największéj wagi są: początek i bieg choroby. W naszym przypadku niewiasta młoda zapada nagle i pozostaje bladą na krześle z przechyloną w tył głową; po natarciu octem przychodzi prędko do siebie, mówiąc: „nie wiem, co mi się stało, tak mi się nie dobrze zrobiło i serce mi bije“, a połknąwszy kroplę wawrzynośliwową na cukrze [1]) przyszła zupełnie do siebie i wtedy dzieciom opowiedzieć miała, że będąc jeszcze panną pewnego razu podobnie zemdlała i na ziemię upadła. W pół godziny potém wstaje z krzesla, aby dać słudze pieniędzy na zakupno do miasta, idzie do szafy, otwiera drzwi, wyjmuje pulares i wtedy pada mdlejąc; przeniesiona na łóżko znów cokolwiek przychodzi do siebie po natarciu octem itd. Czy słyszał kto o podobnym przebiegu choroby u osoby otrutéj sinkiem potasu? I znów nam szan. autor przytacza przypadek Maschki, w którym student umarł dopiero w godzinę po zażyciu sinku potasu; ale według zwyczaju swego nie podaje, że student ten w 2—3 minut po zażyciu padł bez przytomności, i że przy sekcyi żołądek i płuca wydawały wyraźną, a mózg słabą woń migdałów gorzkich. Czego dowodzi ten przypadek i inne podobne? Oto, że po otruciu sinkiem potasu śmierć a nawet objawy chorobowe nie muszą wystąpić natychmiast, co powszechnie jest wiadomém, ale daremne będą poszukiwania w literaturze za przypadkiem otrucia sinkiem potasu lub kw. pruskim, w którym objawy otrucia raz wystąpiwszy miały ustąpić na $1/2$ godziny skutkiem zażycia jednéj kropli wody wawrzynośliwowéj lub natarcia octem! Nie, tak niewinnym nie jest sinek potasu, tak idylicznie on nie działa, a niepodobna, jakeśmy już powiedzieli, przypuścić jakiejś szczególnie małéj dawki lub preparatu bardzo zepsutego, skoro ten preparat i ta dawka wywołać miały ostre otrucie i śmierć w ciągu jednéj godziny, a co najważniejsza, tak znaczne zmiany w żołądku.

Gdy więc nie było żadnéj podstawy do uzasadnienia jakiegokolwiek otrucia, należało przypuścić śmierć naturalną. A skoro akta dowodziły:

[1]) Kropla *Aq. laurocerasi*, tak cudownie działająca w otruciu kw. pruskim lub sinkiem potasu, jest jednym z ciekawych epizodów tego przypadku. Skutek ten cudowny mógłby napawać dumą homojopatów.

1. że Roberta M. do choroby sercowéj była usposobioną, skoro wedle zeznania własnéj matki nieraz skarżyła się „na ból serca i zaparcie oddechu“, skoro lekarz Dr. B. już przed kilku laty spostrzegł, że skutkiem anemii czynności serca były u niéj upośledzone;

2. że jak własna matka i nieboszczka sama podały, Roberta M. przed 3 laty podobny przebyła napad i dopiero po półgodzinném cuceniu przyszła do siebie;

3. że objawy choroby ostatniéj nie przemawiały za żadném otruciem a natomiast odpowiadały w zupełności niedomodze i porażeniu serca;

4. że drudzy pp. obducenci opisują w zwlokach jeszcze niezepsutych mm. sercowe jako kruchawe;

5. że ci sami po oświadczeniu się za otruciem uznali jeszcze za potrzebne zbadanie drobnowidowe serca;

6. że dwaj lekarze sądowi zbadawszy m. sercowy drobnowidowo znaleźli rozpoczynający się zanik brunatny i nie wykluczają zwyrodnienia tłuszczowego, a Wydział lekarski nie miał najmniejszego powodu niedowierzania ich badaniu;

7. jeżeli wreszcie uwzględnimy, że przypadki śmierci z porażenia serca w naszych czasach stają się niestety coraz częstszemi, i że w wielu z tych przypadków znajdujemy tylko mierne zwyrodnienie tłuszczowe, a są przypadki, w których żadnego zwyrodnienia wykazać nie można, a natomiast znajdujemy ważne zmiany w tętnicach wieńcowych, —

pytam się, czy orzeczenie Wydziału, że Roberta M. umarła z porażenia serca, nie było całkiem uzasadnione?

W historyi przypadku, obfitującéj, jak widzieliśmy, w liczne epizody niezwykłe, znów zachodzi tu zmiana w scenach naszego widzenia! Opowiada nam prof. F. (str. 18 broszury), że powróciwszy we wrześniu do Lwowa i dowiedziawszy się o wyniku badania mikroskopowego serca postanowił sprawdzić stan jego pod mikroskopem. W tym celu uprosiwszy sobie od Sędziego zachowany w wyskoku kawałek ten serca badał dokładnie i doszedł do przekonania, „iż mięsień sercowy śp. M. nie okazuje pod mikroskopem najmniejszéj zmiany chorobowéj“, a w szczególności ani śladu stłuszczenia, lub zwyrodnienia lub zaniku barwikowego; — „prostuje więc orzeczenie dotyczące poprzednich pp. znawców“.

A więc mamy znów odwołanie i sprostowanie! Rzecz wprawdzie uderzająca, że prof. F. posądza dwóch kolegów, znanych w stolicy lekarzy sądowych, jakoby nie byli w stanie uskutecznić tak prostego badania, jakiém jest badanie m. sercowego, ale w téj sprawie już niczemu dziwić się nie można. Lecz podczas gdy odwołanie pierwszych pp. chemików, jakkolwiek niezwykłe, przecież było na czasie i uczynione przed Sędzią, który mógł rzecz sprowadzić jeszcze na drogę właściwą, — sprostowanie szan. przeciwnika, odnoszące się do cudzego badania i orzeczenia, uczynione po niewczasie i prywatnie, jest o wiele dziwniejszém i zaiste w annalach praktyki sądowolekarskiéj wyjątkowém. Jeżeli prof. F. okazał tyle niezaprzeczonéj energii, że sam od siebie uskutecznił badanie ponowne, dla czego nie postarał się o to, aby o wyniku tego badania, któremu przypisuje tak wielkie znaczenie (str. 19), dowiedział się Sędzia, i aby ostatni podał o nim wiadomość Wydziałowi lekarskiemu, w którego biurze akta wówczas leżały zamknięte przez całe feryje letnie. Nie wchodzimy atoli więcéj w motywa tego zaniechania, ale pytamy, czy, przypuściwszy, że wynik ów byłby istotnie wielkiéj wagi dla sprawy, czy faktu niestwierdzonego i nie ob-

jętego wcale aktem urzędowym, można użyć jako broni przeciw orzeczeniu Wydziału, który o têm odkryciu teraz dopiero dowiaduje się w 2 miesiące przeszło po wydaniu swego orzeczenia?

Lecz przypuśćmy, że prof. F. byłby zawiadomił Wydział lekarski o rezultacie swego badania, tak sprzecznego z badaniem swych kolegów, — czy wiadomość ta byłaby wpłynęła na zmianę orzeczenia Wydziału? Na pytanie to odpowiadam stanowczo: nie. W takim razie Wydział byłby tak samo orzekł: „Nie przemawia przeciw śmierci z porażenia serca wynik badania prof. F.", a to z dwóch ważnych powodów:

1) Jeżeli już wynik badania pierwszych pp. znawców co do zwyrodnienia tłuszczowego był niepewny dla tego, że badali kawałek m. sercowego, który przez 6 tygodni leżał w wyskoku, to têm mniejsze może mieć znaczenie wynik badania prof. F., skoro badał kawałek m. sercowego, który moczył się w spirytusie przez 4 miesiące. Spuścił bowiem szan. kolega całkiem z uwagi, że wyskok wyciąga tłuszcz i że z badania preparatu wyskokowego żadną miarą nie można wysnuć w têj mierze wniosków dla Sądu. Dla anatomów patologicznych kwestyja ta nie podpada żadnéj wątpliwości [1]).

2) Przypuściwszy jednak, że istotnie nie było zwyrodnienia tłuszczowego [2]), to przecie nietylko zmiany w m. sercowym pociągają za sobą śmierć z porażenia serca, ale zdarzają się i przypadki śmierci nagłéj, w których m. sercowy nie okazuje zmian, ani też w innych narządach zmian nie znajdujemy, a przyczyna śmierci pozostałaby nie wytłumaczoną, gdybyśmy nie badali tętnic wieńcowych serca i nie znaleźli w nich zmian ważnych, które od razu wyjaśniają śmierć szybką, a które nawet bez równoczesnych zmian w tętnicy głównéj istnieć mogą. Choćby więc tętnica główna makroskopowo okazała się zdrową, nie uwalnia to nas jeszcze w takich razach od badania tętnic wieńcowych (porówn. Rosenbach: Uiber die Sklerose der Kranzarterien d. Herzens, *Bresl. ärztl. Zeitschrift*, 1886, Nr. 1, 2). U Roberty M. atoli dziwnym sposobem ani tętnica główna, ani wieńcowe, wcale nie były badane.

Tak więc i ostatni epizod w niczém nie zmienia naszego zapatrywania na przyczynę śmierci Roberty M.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Miejscami ulubionemi osutki są zwykle zgięcia odnóg, boki, brzuch, lędźwie i części rodne; powierzchnie odnóg wyprostne, szyja, twarz i dłonie rzadziéj podlegają osutce. Na odnogach osutka pierzchnic płaskich przybiera najchętniéj postać długich, do ich osi podłużnéj równoległych smug, gdzieniegdzie rozszerzających się w blaszki; rzadziéj napotykamy tu niewielkie blaszki i gromadki grudek. Na tułowiu zaś spostrzegamy najczęściéj wielkie nieprawidłowo okrągłe blaszki o postaci rozmaitéj z połączenia pasm, mniejszych blaszek, gromadek i pojedynczych grudek powstałe. Spostrzegano też przypadki, w których osutka usadowiła się na niewielkich przestrzeniach skóry, mianowicie w okolicach ciała, odpowiadających rozgałęzieniom pewnych nerwów; miało to miejsce mianowicie w przypadkach Tilburego Foxa i Mackenziego. W innych znów przypadkach spostrzegano rozległe zajęcie skóry osutką (Unna i Kaposi).

W przypadkach pierzchnic płaskich nietylko skóra dotkniętą jest sprawą chorobową, lecz zmiany chorobowe napotykają się też czasem i na sąsiednich błonach śluzowych, np. w jamie ustnéj i na częściach rodnych. Już Wilson opisał kilka przypadków pierzchnic płaskich, w których na błonie śluzowéj języka, policzków i w połyku znaleziono białe plamki, obwódką czerwoną otoczone. W dwu przypadkach spostrzeganych przez Hutchinsona obok płaskich grudek na skórze, zauważono zmiany odpowiednie na języku i powierzchni wewnętrznéj policzków. Ostatniemi czasy przypadki odnośne podali: Crocker (3 przypadki), Pospelow, Neumann, Koebner i Thibierge (3 przypadki). Ostatni autor, opisawszy dokładnie zmiany, jakim przy *lichen planus* błona śluzowa jamy ustnéj ulega, utrzymuje, iż powstawanie w ustach i połyku grudek nader często w chorobie téj spostrzegać się daje.

Zmiany chorobowe w *lichen planus* na błonach śluzowych powstające, zależne są po części od drażniących miejscowych wpływów (palenie tytoniu, pokarmy ostre, nieochędożny stan zębów itd.)

Osutka pierzchnic płaskich nie sprawia choremu wielkiego niepokoju, swędzi trochę jedynie w początkach cierpienia i li tylko w przypadkach z przebiegiem szybkim lub też przy znacznêm łuszczeniu się. Wystąpieniu *lichen. plani* na błonach śluzowych rzadko towarzyszą jakiebądź objawy podmiotowe; najczęściéj cierpienie to trwa przez czas dość długi, nie zwracając na siebie baczenia chorego.

Przebieg cierpienia omawianego rzadko bywa szybkim. Osutka wtedy w ciągu kilku tygodni na większą część powierzchni ciała rozszerza się. Zwykle wszakże występuje ona na odnogach niemal niepostrzeżenie dla chorego i dopiero późniéj po kilku miesiącach, a nawet czasem i po kilku latach, trwania osutki na skórze odnóg i na tułowiu pojawiają się grudki rozsiane i skupione w gromadki. Trwanie każdéj grudki bywa często dość długiém; wiele miesięcy, czasem nawet lata mijają, zanim grudka płaska doszczętnie zaniknie. W ogólności więc osutka nieleczona w sposób właściwy trwać może bardzo długo i zwykle obok zanikłych już i wessanych wyrzutów nowe gromadki grudek się pojawiają. Jednakże i nieleczona choroba najczęściéj ugasa w skutek przeobrażania się grudek w plamki zanikowe. Pod tym względem pierzchnice płaskie na znacznie pomyślniejsze zezwalają rokowanie w porównaniu z pokrewném im cierpieniem skóry *lichen ruber acuminatus*, gdyż ta ostatnia choroba skóry, nie będąc stosownie leczoną, szerzyć się zwykła na rozległe obszary ciała i wtedy może sprowadzać za sobą wyniszczenie, upadek odżywiania, charłactwo i nawet śmiertelne zejście: w kilku pierwszych przypadkach *lichen. rubri* przez Hebrę spostrzeganych choroba zakończyła się

---

[1]) Tak np. pisze Friedländer (*Microscopische Technik*, Berlin, 1884): „Wir können über den Fettgehalt der Gewebe, z. B. bei pathologischen Verfettungen, immer nur bei Untersuchung *frischer* Organe richtigen Aufschluss erlangen, *niemals an Alcoholpräparaten*".

[2]) Z protokółu sekcyjnego wynika tylko, że m. sercowe były bladobrunatne, kruchawe; czy jednak m. sercowy nie przedstawiał w samym miąższu ukrytych ognisk nekrotycznych (*Malacia*) lub też zapalenia chronicznego (*Myocarditis fibrosa*), z opisu domyślać się nie można.

śmiercią, mianowicie zaś z tego powodu, iż wtedy sposobów leczenia pierzchnic czerwonych wcale nie znano.

Zgodnie z Lavergnem trzy postacie pierzchnic płaskich odróżniać należy: ostrą (*lichen planus acutus*), przewlekłą (*lichen planus chronicus*) i przerostową (*lichen corneus*). W przeważnéj liczbie przypadków wszakże u chorego, cierpiącego na *lichen planus*, obok szybko wytwarzających się i niedługo trwających wyrzutów, nader powolne i uparte napotkać można. Również zdarzyć się téż może, iż szybko powstała i szerząca się osutka przebiega potém nader powolnie i upływają lata, zanim nastąpi zanik i wessanie tworów chorobowych.

Etyjologija pierzchnic płaskich pozostaje całkiem jeszcze niezbadaną. Niektórzy spostrzegacze wypowiadają zdanie, iż zmiany w skórze w *lichen planus* powstają w skutek zaburzenia odżywczego skóry, wywołanego przypuszczalném lecz niezbadaném dotąd cierpieniem układu nerwowego ośrodkowego (Tilbury Fox, Hutchinson, Schwimmer). Brakuje wszakże przekonywających dowodów na potwierdzenie takiego przypuszczenia. Zdarza się jednak, iż stosunek przyczynowy powstania choroby z zaburzeniami nerwowemi wydaje się nader prawdopodobnym. Zaliczyć tu należy kilka przypadków Colcottego Foxa, dwa Mackenziego, jeden Morrisa i jeden świeżo ogłoszony Cariniego, w których grudki w kierunku pewnych nerwów usadawiały się lub też osutce towarzyszyły wyraźne zaburzenia ośrodków nerwowych. Zdaniem Wilsona, który bodaj najwięcéj przypadków pierzchnic płaskich spostrzegał, za czynnik usposabiający do powstawania choroby uważać należy działanie gorąca na skórę obnażoną; napotykał on bowiem chorobę omawianą najczęściéj u osobników, których zajęcie wymagało dłuższego przebywania pod gołém niebem i w skutek tego ulegających często działaniom palących promieni słonecznych (rolnicy, wyrobnicy). Obok tego Unna wypowiedział niedawno przypuszczenie co do pasorzytnego pochodzenia pierzchnic płaskich; tenże autor sądzi téż, iż w wielu przypadkach téj choroby nie podobna zaprzeczać wpływu poprzednich podrażnień skóry na powstawanie osutki *lichenis plani*.

Osutce podlegają przeważnie osoby wieku dojrzałego i podeszłego (według Wilsona napotyka się pierzchnice płaskie najczęściéj pomiędzy 40 a 50 rokiem życia), rzadziéj młodzież i dzieci (dwa przypadki Kaposiego).

Przeważna liczba spostrzeganych dotąd przypadków choroby przypada na mężczyzn; kobiety rzadko ulegają pierzchnicom płaskim.

Pierzchnice płaskie są dość rzadko napotykającém się cierpieniem skóry, nie jednakowo często w rozmaitych miejscowościach spostrzeganém. Ciekawą jest ta mianowicie okoliczność, iż w Ameryce, Anglii, Francyi i Austryi *lichen planus* stosunkowo często wydarza się; w innych zaś krajach jakoto Niemcy, Włochy, Danija i Rosyja, bardzo rzadko. Przeciwnie zaś liczba napotykanych przypadków pierzchnic czerwonych kończastych (*lichen ruber acuminatus*) jest znacznie większą w Niemczech niż w Anglii, Ameryce i Francyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. Kratter (w Gracu): **Badania nad otruciem atropinowém.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Obraz kliniczny otrucia jest więc charakterystyczny, tak że otrucie atropinowe z pewnością rozpoznać można. Najważniejszym, a czasem, zwłaszcza w lżejszych przypadkach otrucia, jedynym objawem otrucia jest rozszerzenie żrenicy, utrzymujące się najdłużéj ze wszystkich objawów. Ponieważ atoli są i inne trucizny i alkaloidy, które mydryjazę wywołują, dla tego na podstawie objawu tego orzec można tylko, że objawy przemawiają za otruciem wilczą jagodą, atropinem lub inną istotę mydryjatyczną; prawdopodobieństwo atoli przemawia za belladonną a względnie atropinem, ponieważ na 100 przypadków otrucia środkami źrenicę rozszerzającemi 99 razy mamy do czynienia z wilczą jagodą i jéj preparatami.

Porównywając objawy otrucia atropinowego z objawami występującemi w niektórych chorobach znaleść można pewne analogije, przez co zachodzić mogłaby obawa, że będzie trudność w odróżnianiu otrucia atropinowego od pewnych stanów patologicznych, jak nawału krwi do mózgu i udaru mózgowego, choroby umysłowéj, ostrego otrucia wyskokowego (upojenia) i płonicy. Pomijając atoli objawy kliniczne, cechujące owe choroby a niedostające otruciu atropinowemu, to wątpliwość w danym razie rozstrzygają dwie okoliczności: rozszerzenie źrenic i zachowanie się ciepłoty. Na podstawie doświadczeń Schroffa starszego przypuszczano dawniéj, że otrucie atropinowe pociąga za sobą obniżenie ciepłoty; tymczasem doświadczenia autora przemawiają raczéj za podwyższeniem jéj, co w każdym razie zasługuje na uwagę.

Zmiany pośmiertne: Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że na zwłokach znaleziono: 1) rozszerzenie źrenic, 2) przekrwienie mózgu i jego opon, a 3) jeżeli otrucie nastąpiło za pomocą jagód, znaleziono objawy zadrażnienia błony śluzowéj połyku, gardziela i żołądka.

W opisanym wyżéj przypadku 6tym sekcyja wykazała co następuje: Żrenice miernie i jednostajnie rozszerzone, opony miękkie wilgotne, mocno nastrzykane, istota rdzenna mózgu obfitująca w duże ciemne kropki krwawe, zwoje środkowe obfitsze w krew, móżdżek miękki, w krew obfity, błona śluzowa połyku gładka, cienka, ciemno-fijoletowo zabarwiona, w dolnéj $1/3$ części gardziela pokryta ciemno-brunatnemi, tu i owdzie szarawo-żółtemi, już to luźnie, już to mocno przylegającemi pokładami, które po oddzieleniu okazują dolną płaszczyznę dość gładką i szaro-żółto zabarwioną i przedstawiają się do błon podobne; wzdłuż fałdów podłużnych gardziela są one również pomarszczone i tym sposobem naśladują wnętrze gardziela, które po oddzieleniu tamtych okazuje się gładkiém i bladém. Żołądek podwiązany zawiera dużo płynu żółtawego; błona śluzowa po większéj części obrzmiała, pokryta błonami łatwo oddzielającemi się; miejsca wolne bł. śluzowéj zaczerwienione; wzdłuż krzywizny małéj utraty substancyi 3 mm.—1 cm. długie, o brzegach ostrych zębiastych i dnie lekko zagłębioném, białawo-żółtém, lekko pasmowatém; w połowie odźwiernikowéj bł. śluzowa mocno obrzmiała, pomarszczona; bł. mięsna nieco rozpulchniona, otrzewna blada. Na bł. śluzowéj jelit cienkich poszczególne wynaczynionki, w jelicie grubém mała ilość kału zbitego, w którém znajdują się ziarna owocowe.

Badanie mikroskopowe wykazało, że twory błoniaste w gardzielu są rzeczywistą wypociną włóknikową, przez którą przybłonek brukowy gardziela oddzielony został w postaci szmat, ściśle połączonych z masami włóknikowemi; oprócz przybłonka na powierzchni wypociny znajdują się i rozpadłe czerwone masy krwi, w postaci dość grubego pokładu barwy brunatno-rdzawéj. Pokłady na bł. śluzowéj części wpustowéj żołądka również składają się z podobnéj masy wypocinowéj włóknikowéj. Nie ulega więc wątpliwości, że znaleziono dość znaczne zapalenie bł. śluzowéj gardziela i

żołądka z wytworzeniem wypociny włóknikowéj z krwią zmięszanéj. Ziarna owocowe w kale znalezione okazały się nasionami wilczéj jagody. Badanie chemiczne miało wynik ujemny.

Przypadek VII. Aptekarz, l. 54 liczący, znaleziony został bez życia w łóżku własném. Dochodzenie policyjne przemawiało za samobójstwem za pomocą rozczynu (prawdopodobnie wodnego) siarkanu atropinowego. Obok łóżka leżał papierek próżny z napisem: *atrop. sulph.* a badanie za pomocą lupy wykazało w nim kilka jeszcze delikatnych kryształków wilgotnych, które przez badanie mikroskopowe i doświadczenie fizyjologiczne rozpoznano jako atropin. Sekcyja w 48 godzin późniéj uskuteczniona prócz szeregu zmian anatomicznych, odnoszących się do alkoholizmu przewlekłego i kiły dawnéj nie wykazała nic, coby otrucie cechować mogło; nie spostrzeżono żadnych zmian miejscowych na błonach śluzowych przewodu pokarmowego, które były tak wybitnemi w otruciu wilczą jagodą. Różnica ta wielce zasługuje na uwagę i tłumaczy sprzeczne zdania autorów co do zmian po otruciu w mowie będącém występujących. Opisy dawniejsze odnoszą się tylko do jagód, nowsze przeważnie do alkaloidu; w tamtych słusznie jest mowa o zmianach anatomicznych, których brak absolutny w opisach nowszych. Obydwóm wspólne jest tylko rozszerzenie źrenic i przekrwienie mózgu, na tych dwóch zmianach niepodobna atoli oprzeć rozpoznania otrucia atropinowego. Pewności nabywa się tylko wtedy, jeżeli w treści żołądka lub jelit znajdują się resztki jagód.

Badanie sądowolekarskie jest têm ważniejsze, im niepewniejszą dyjagnostyka patologiczna. Otto twierdził, że wykazanie otrucia atropinowego jest bezwarunkowo niemożebném; zdanie to jednak jest mylném. Autor posługiwał się w badaniu chemiczném sposobem Erdmanna i Uslara, zmodyfikowanym przez Dragendorffa. (Istotę badać się mającą wyciąga się za pomocą wyskoku, zakwaszonego SO_3; po 24—48 godzinném wytrawianiu i ponownem wyciąganiu za pomocą kwaśnego wyskoku, alkaloid otrzymuje się w rozczynie kwaśnym. Po wyparowaniu wyskoku pozostały płyn wodny kłóci się kilkakrotnie eterem, łub chloroformem, unikając użycia alkoholu amylowego; teraz zobojętnia się kwas za pomocą amonijaku a płyn amonijakalny znów kłóci się eterem, poczém alkaloid przechodzi do eteru; po wypłuczeniu wodą tych płynów i wyparowaniu eteru otrzymuje się alkaloid w stanie bezpostaciowym, a po dalszém czyszczeniu w stanie krystalicznym). Kryształki bada się pod mikroskopem, albowiem z postaci krystalicznéj wnosić już można o obecności alkaloidu. Wreszcie przystępuje się do zakraplania rozczynu w oko zdrowe, najłepiéj ludzkie,— króliki okazały się nieodpowiedniemi, bo okazują nadzwyczajną oporność w obec atropinu; obok ludzi najodpowiedniejsze są do doświadczeń koty.

Z odczynów chemicznych tylko jeden, a mianowicie podany przez Gulielmę ma wartość; polega on na wywiązaniu się szczególnéj woni po ogrzaniu za pomocą kwasów zgęszczonych. Reakcyja to bardzo czuła, chroma jednak jak każda próba polegająca na poczuciu podmiotowém, co już ztąd wynika, że jedni woń tę nazywają miłą, przypominającą woń miodu, drudzy zaś nazywają ją smrodem określić się nie dającym, inni wreszcie wcale jéj nie czują.

W jednym niewątpliwym przypadku otrucia jagodami badanie chemiczne pozostało ujemném; autor tłumaczy to sobie wydzielaniem się trucizny podczas choroby 3 dni trwającéj; przynajmniéj przekonał się już dawniéj, że strychnin w 22 godziny po zastrzyknięciu podskórném w moczu wykazać się już nie daje.

W przypadku 7ym udało się autorowi otrzymać piękny osad krystaliczny, którego badanie drobnowidowe doprowadziło do rezultatów ciekawych. Przy słabém powiększeniu okazały się niedokładnie rozwinięte kryształy słupowate oraz szkielety kryształków, postacie przejściowe obok licznych delikatnych kryształków igiełkowych, a pośród nich poszczególne okazy krystalizujące w systemie teseralnym. Kryształy słupowe znikały w ciągu 1—1½ tygodni, a badanie w świetle polaryzowaném pouczyło, że krystalizują w systemie monoklinicznym lub rombicznym. Kupki zaś gwiazdkowate kryształów igiełkowatych okazały się identycznemi z kryształami, które się otrzymuje po wyparowaniu kropli 1% rozczynu atropinu; sześciany wreszcie zlepione są zawsze ze słupami lub gwiazdkami. Znaczenie tych 3 kategoryj kryształów jest jasne: sześciany są solą kuchenną, słupy siarkanem amonowym, podczas gdy gwiazdki są siarkanem atropinu. Jeżeli się osad ten cały krystaliczny ogrzewa miernie w wyskoku absolutnym, gwiazdki rozpuszczają się, podczas gdy inne kryształy pozostają nierozpuszczonemi. Z rozczynu zaś wyskokowego można wykrystalizować całkiem czyste kryształy siarkanu atropinowego w długich igłach. Ztąd wnosi autor, że nietylko w dochodzeniu atropinu, ale i innych alkaloidów, badanie mikroskopowe osadu jest rzeczą ważną i że należy je każdym razem przedsięwziąść, zanim się przystępuje do badania ostatecznego odczynu chemicznego lub fizyjologicznego.

W przypadku 8ym, tyczącym się kobiety, którą w stanie szału przywieziono do szpitala, a u któréj rozpoznano otrucie wilczą jagodą, autor znalazł w moczu alkaloid źrenicę rozszerzający, a za pomocą badania mikroskopowego rozpoznał stanowczo otrucie atropinem.

Autor dochodzi w końcu do następujących wniosków:

1) Otrucie atropinowe można wykazać z pewnością przez wydzielenie alkaloidu z części trupa.

2) Dla badania sądowolekarskiego mocz jest przedmiotem bardzo ważnym, ponieważ atropin szybko ulega wessaniu i dosyć prędko niezmieniony przechodzi do moczu; można go więc w nim i za życia otrutego rozpoznać.

3) Badanie mikroskopowe, względnie krystaloskopowe, czystego osadu w świetle polaryzowaném wprawdzie nie rozstrzyga kwestyi, ale należy je w każdym razie przedsięwziąść.

4) Dowodu stanowczego nie dostarcza ani badanie krystaloskopowe, ani badanie woni, lecz tylko doświadczenie fizyjologiczne na oku ludzkiém, co bez najmniejszéj szkody uskutecznić można.

5) Atropin opiera się długo zgniliźnie, można go więc wykazać i w trupach od kilku miesięcy pochowanych.

6) Wynik badania chemicznego może stać się ujemnym z powodu szybkiego wydzielenia się atropinu moczem, jeżeli śmierć nastąpiła dopiero po kilkodniowéj chorobie. (Odbitka z *Viertelj. f. ger. Medicin,* 1886). *L. Blumenstok.*

Dr. Bockhart: **O zastósowaniu jodoformu w chorobach wenerycznych.**

Chociaż jodoform już przed 30 laty został przez Maitrégo zalecony przeciw wrzodom syfilitycznym, mało był jednak z początku używany. Dopiero gdy chirurgija zwróciła na niego swą uwagę i postawiła go w rzędzie najdzielniejszych środków antyseptycznych, gdy równocześnie przed-

tém bardzo wysoka jego cena spadła, zaczęto go i w chorobach wenerycznych więcéj używać, a wkrótce pojawiła się znaczna ilość sprawozdań, wykazujących większe lub mniejsze korzyści, jakie za pomocą tego środka osiągnąć można. W ciągu ostatnich dziesięciu lat powstał z tego materyjał dość obfity, pozwalający na wyprowadzenie z niego dodatnich wniosków, których zestawienie zdaje się być ze względu na ważność téj kwestyi pożądaném.

Zastósowanie jodoformu przeciw rzeżączce. Pierwszy Watson Cheyne ogłosił w r. 1880 zadziwiające wyniki, jakie przy leczeniu rzeżączki jodoformem miał otrzymać. Kazał on robić laseczki z masła kakaowego z jodoformem z dodatkiem olejku rozdrębu *(ol. eucalypti)*, które chorym polecał wprowadzać raz dziennie na 4—5 godzin do cewki moczowéj, a prócz tego używać ściągających i antyseptycznych wstrzykiwań. Rzeżączka w ten sposób leczona miała ustępować w przeciągu 7—10 dni. Doświadczenia jego powtórzył James i miał otrzymać te same rezultaty. Inni jednakże nie mogli tych nadzwyczajnych skutków osiągnąć. Jedni na mocy swych doświadczeń twierdzili, że leczenie w ten sposób przeprowadzone nie trwa krócéj niż innemi sposobami (Tarnowski), przyszli nawet do przekonania, że jodoform nadzwyczaj mały wywiera wpływ przeciw rzeżączce. To samo potwierdził Bockhart; następnie zaś używał on jodoformu przeciw zapaleniu rzeżączkowemu szyjki macicznéj, a próba znowu wydała rezultat ujemny. Tak więc wkrótce usunięto zupełnie jodoform z rzędu środków przeciwgorączkowych. Jeszcze pierwéj, nim przeciw saméj rzeżączce, próbowano używać jodoformu przeciw zapaleniu rzeżączkowemu przyjądrza. Alvarez zalecal go już w r. 1877 w formie maści, inni w glicerynie, korzystnych jednakże wyników, które ci autorowie otrzymali, inni nie mogli potwierdzić i tu więc jodoform został usunięty.—Jedynie przeciw owrzodzeniom części pochwowéj macicy, powstałym w skutek zakażenia trypiowego, okazał się jodoform skutecznym. Pierwszy zastósował go Wolff w klinice Rineckera. Metoda jego jest następująca: po przepłukaniu części pochwowéj macicy 2% rozczynem kwasu karbolowego przykłada się na miejsca zajęte gazę napełnioną proszkiem jodoformowym, którą się następnie tamponem z waty umocowywa. Jodoform ten wraz z tamponem pozostaje przez 24 godzin. W ten sposób goją się nawet znaczne owrzodzenia w przeciągu 2—3 tygodni. To jest jedyna korzyść, jaką przy zakażeniu rzeżączkowém za pomocą jodoformu osiągnąć można.

Zastósowanie jodoformu przeciw szankrowi miękkiemu i dymienicom ropiejącym. Pierwszym, który jodoform przeciw szankrowi miękkiemu zastósował, był Izard. Wyniki, które otrzymał, były tego rodzaju, iż wyraził zdanie, że jodoform jest najlepszym środkiem w téj chorobie, nie jest jednak skutecznym przeciw szankrowi wyżerającemu. Stósował on jodoform albo w proszku, albo w następującéj formie: *Rp. Jodoformi 3,0, Spirit. 10,0, Glycerini 30,0.* Wkrótce po nim wystąpił Lazansky z równie korzystném zdaniem o działaniu jodoformu. Stósował on go według przepisu Izarda, jeśli wrzód był łatwo dostępny, jeśli zaś był umiejscowiony w miejscu trudno przystępném, np. w fałdach skóry około odbytu, używał mięszaniny jodoformu z eterem (1:15—30). Już po kilku dniach, według zdania Lazanskyego, wrzód się oczyszcza, naciek się zmniejsza, i gojenie szybko następuje. Świetne wyniki tych dwóch autorów zachęciły innych do doświadczeń i nie tylko że je potwierdzili, ale nawet niektórzy (Klink, Strokowski, Tarnowski), zaprzeczyli bezskuteczności jodoformu w szankrze wyżerającym. Tarnowski na mocy licznych doświadczeń twierdzi, że średnio potrzebuje wrzód miękki nawet przy leczeniu jodoformem 14 dni czasu do oczyszczenia się, czasu więc krótszego, niż przy innych metodach, tudzież, że daleko rzadziéj przybiera charakter wyżerający. Równie korzystne wyniki otrzymano w klinice Rineckera, który używał jodoformu w eterze, jeśli wrzód był mały, a w proszku, jeśli znacznych rozmiarów. Przy tém postępowaniu nigdy wrzód nie przybierał charakteru wyżerającego ani błonicowego, a nawet szankry pojedyńcze goiły się dobrze. Zauważył tylko, że wrzody już dobrze granulujące czasem nie chciały się zabliźnić i musiano uciekać się do innych środków, jak azotanu srebrowego. Wielu autorów zgadza się na to, że mięszanina jodoformu z eterem okazuje się skuteczniejszą od proszku jodoformowego, co można tém wytłumaczyć, iż przy téj metodzie cienka tylko, a wystarczająca warstwa jodoformu dokładnie z wrzodem się styka. Zeissl w swém dziele stawia jodoform na pierwszém miejscu w rzędzie środków przeciw szankrowi używanych. W obec tego, tak korzystnego, działania jodoformu jest prawdopodobném, że jodoform jest swoistym lekiem dla szankra miękkiego. Opierając się na tém jego działaniu chciano go użyć jako środka poronnego przeciw dymienicom szankra miękkiego, jednakowoż okazał się on tutaj bezskutecznym, natomiast bardzo korzystnie działa w bubonach ropiejących. Pod wpływem jodoformu goją się bubony stosunkowo prędko; czas kuracyi oznaczają różni autorowie średnio na 23—38 dni. Ważniejszém może jeszcze od krótszego trwania kuracyi jest to, że pod wpływem jodoformu dymienica nigdy nie przybiera charakteru wyżerającego ani błonicowego, a według Funka nawet szankrowego. Z pomiędzy licznych metod stósowania jodoformu, z pośród których zasypywanie proszkiem może najczęściéj było używane, najwygodniejszym dla chorych zdaje się być opatrunek uciskowy podany przez Petersa, a używany także często w klinice Rineckera. Z dobrze założonym opatrunkiem uciskowym mogą chorzy bez szkody chodzić.

Zastósowanie jodoformu przeciw kile. Jodoform próbowano stósować w kile wewnętrznie w dwojakim celu. Jedni próbowali zastąpić nim jodek potasu, inni rtęć w leczeniu drugorzędnéj kiły. Wkrótce jednak przekonano się, że jodoform działa bardzo słabo w drugorzędnéj kile, a nie długo potém okazało się, że nie może on zastąpić i jodku potasu. Wprawdzie ilość jodku w jodoformie jest daleko większą niż w jodku potasu, różnica wynosi c. 20%, ale za to jodoformu można dać choremu najwyżéj 1,0 na dzień bez narażenia go na niebezpieczeństwo zatrucia, podczas gdy jodek potasu może chory w bez porównania większych dawkach zażywać. Dodać należy, że Maitre podaje, iż choremu można bez szkody i 3,0 na dzień jodoformu podawać. Tylko w nerwobólach na tle syfilitycznem działa jodoform daleko lepiéj niż inne środki. Zeissl, Davenport i Bockhart podają, że po zastósowaniu jodoformu nerwobóle te ustępowały nadzwyczaj szybko. Jodoform stósowano wewnętrznie w rozmaitych formach, co ze względu na znoszenie go ze strony chorych nie jest obojętném. Z początku podsuwano go w pigułkach, ale wkrótce zauważono, że ten sposób podawania sprawia często mdłości, przykre odbijanie i boleści żołądka. Zaczęto więc używać injekcyj podskórnych i te okazały się odpowiedniejszemi. Thomann używał w tym celu jodoformu z gliceryną (6:20) lub z olejkiem migdałowym (0,3:6), Bekh jodoformu z eterem (1:6). Wstrzy-

kiwania podskórne łatwiéj chorzy znoszą, ta więc metoda mogłaby być zastósowaną przeciw newralgijom i w trzeciorzędnéj kile w formie łagodnie przebiegającéj, bo w gwałtowniejszych przypadkach zawsze należy oddać pierwszeństwo jodkowi potasu, za pomocą którego można w krótkim czasie znaczne ilości jodu do organizmu wprowadzić. Jodoform stósowano również i zewnętrznie we wszystkich trzech formach kiły. Przeciw wrzodowi stwardniałemu okazał się jodoform prawie bezskutecznym; wrzód się wprawdzie goił, ale stwardniałości jodoform nie był w stanie usunąć. Neumann twierdził, że za pomocą injekcyj jodoformu w gruczoły syfilityczne powiększone sprowadzał w krótkim czasie ich zmniejszenie się, ale w klinice Rineckera nie mógł Bockhardt tych wyników otrzymać. Przeciw kłykcinom sączącym okazał się jodoform także mało skuteczny, kłykciny wprawdzie zabliźniały się, ale nacieki pozostawały.

Natomiast okazał się znowu jodoform bardzo skutecznym, prawie swoistym, środkiem przeciw owrzodzeniom powstałym w skutek trzeciorzędnéj kiły. Rozpadłe kilaki goją się pod wpływem jodoformu bardzo prędko, i to tak na skórze jak i na dostępnych błonach śluzowych. Na to zgadzają się wszyscy autorowie a między nimi Zeissl, Rinecker, Unna, Lazansky i inni. *Rościszewski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω **Chlorek metylu w newralgijach.** Pierwszy Debove wprowadził leczenie nerwic mgłą z chlorku metylu. Vinay uważa metodę tę za bardzo użyteczną w uporczywych nerwicach, szczególniéj nerwu kulszowego. Chlorek metylu w rozczynie puszcza się za pomocą syfonu na miejsce dotknięte. Skutkiem ulatniania się tego środka powstaje oziębienie aż do —23 °C. W kilka sekund miejsce dotknięte przechodzi w stan zmarznięcia. W pierwszych sekundach chory doznaje dotkliwego bólu, jakby od rozpalonego żelaza. Zaraz jednak ból znika i powstaje zupełne znieczulenie. Ujemną stroną téj metody jest, że niekiedy na miejscu stósowania powstają pęcherze, jakby po oparzeniu skóry. Vinay twierdzi, że chlorkiem metylu wyleczył przypadki *ischias,* które opierały się wszelkim innym metodom leczniczym. (*Lyon médical* 1885, Nr. 50).

Ω Vulpian: **Salicylan litowy w gośćcu stawowym.** Preparat ten ma tę wyższość nad salicylanem sodowym, że skutkuje i w przypadkach z przebiegiem więcéj przyostrym lub przewlekłym (np. w t. zw. *Rheumatismus blenorrhoicus).* W przypadkach gośćca przyostrego z przebiegiem więcéj postępującym widział V. po użyciu salicylanu litowego już w 10tym dniu znaczne polepszenie, podczas gdy inne metody lecznicze dotąd używane zawodziły. Już po kilkodniowém użyciu bóle samoistne ustępowały, bolesność przy dotknięciu zmniejszała się, obrzęk widocznie był mniejszym, poruszalność stawu dotkniętego łatwiejszą. Vulpian widział znakomite skutki salicylanu litowego nawet w takich przypadkach przewlekłego gośćca, w których kilka stawów było równocześnie zajętych, a skutkiem kilkomiesięcznego trwania choroby niektóre z nich uległy już zbezkształtnieniu, i częściowemu zesztywnieniu.

Aby salicylan litowy skutkował, trzeba go podawać w wielkich dawkach. Dawka zwykła jest 4—5 grm. dziennie dla człowieka dorosłego. Wyższe dawki niekiedy sprowadzają objawy zatrucia. Salicylan litowy łatwo rozpuszcza się w wodzie, ma smak i zapach przyjemny. Można go więc podawać w rozczynie wodnym. V. podaje często po 0·50 *pro dosi* w czasie jedzenia, lub tuż po jedzeniu. Zwykłemi objawami po użyciu większych dawek tego leku są ból głowy, zawrot i szum w uszach. Przewód pokarmowy znosi zwykle dość łatwo nawet większe dawki salicylanu litowego. Niekiedy tylko zauważył autor biegunki, które dopiero po przestaniu używania tego leku ustawały. (*G. d. Hôpitaux).*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 16 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 21 i kol. Dr. Wachtel z Krakowa jako gość.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

W dyskusyi kol. Laskiewicz co do ciemnego zabarwienia brzegów rany w oponie twardéj zauważa, że gdyby było ze spalenia, nie byłoby ciemne zabarwienie, lecz zaczerwienienie; sądzi więc. że to zabarwienie od ołowiu pochodzi. Daléj zauważa, że wyleczenie jest bardzo względne. Sądzi, że kula leży gdzieś na dole po lewéj stronie (gdzieś ku *thal.* czy *nerv. opticus)* i w skutek tego jest tarcza nerwu wzrokowego zastoinowa po lewéj stronie; prelegent nie nadmienił, jakie to drgawki wystąpiły u chorego czy jednostronne itd. — Kol. Merczyński w kwestyi zabarwienia brzegów rany opony sądzi, że to proch zabarwił, czy kula jest czy nie jest w mózgu trudno osądzić, z argumentów bowiem przez prelegenta przytoczonych przemawiałby tylko za kulą w mózgu otwór w kości; uwzględniwszy jednak zły pistolet, kulę i proch, a nawet lejkowatą ranę, odszczepy, przypuścić należy, że kula za słabo szła i nie weszła do mózgu, przypady nerwowe wytłumaczył już sam prelegent nie kulą w mózgu lecz rozmiękczeniem kory itp. Gdyby kula weszła do mózgu, zwłaszcza nierówna (jaką chory sam sobie miał zrobić) toby było więcéj obrażeń mózgu i więcéj przypadów nerwowych. — Kol. Gostyński winszuje kol. Ziembickiemu szczęśliwego wyniku leczenia, bo wiadomo, jak rany w kościach czaszki i w pobliżu mózgu, zwłaszcza z obrażeniem opon mózgowych, w ogóle przebiegają bardzo ciężko. Czy kula jest w mózgu lub nie, w to nie wchodzi, nadmienia jednak, że widział już trzy kule rewolwerowe w mózgu u Czyńskiego, który strzelał do siebie. Co do statystyki nadmienia, że 1 na 78 postrzelonych w mózg wychodzi zdrowo, że chorzy mogą żyć z kulami w mózgu. — Kol. Barącz sądzi, że kula w tym przypadku nie tkwi w mózgu, bo strzał był z pobliża, a w takim razie pociski z wielką siłą wpadają, więc w okolicy kości skroniowéj przeszłaby kula na wylot i wyszłaby na drugiéj stronie. — Kol. Pisek sądzi, że trudno na pewne orzec, czy kula jest w mózgu, mniema że prawdopodobnie znajduje się w okolicy skrzydła wielkiego prawéj kości klinowéj, że szła prawdopodobnie istotą białą mózgu, a drgawki tłumaczy sobie uciskiem kuli na istotę korową przy opuszczeniu się na podstawę mózgu. — Kol. Gostyński zauważa, że dla chirurgów kształt rany bardzo jest ważny i wskazuje im kierunek, w jakim szedł pocisk i czy szedł raną, ztąd bowiem mogą doniosłe wnioski wywodzić. Co do porażenia n. okoruchowego lewego, podnosi kol. Gostyński, że nieprawdopodobném mu się wydaje, żeby kula przeszła mózgiem około *Clivus* i żeby tylko przejściowe porażenie wywołała i tylko takie nieznaczne za sobąpo ciągnęła następstwa. — Kol. Barącz sądzi, że może kula pomiędzy *dura mater* i *tabula vitrea* szła i uciskając przejściowo tylko wywołała przejściowe porażenie n. okoruchowego. — Kol. Merunowicz nadmienia, że służąc w szpitalu wojskowym, widział ranę postrzałową mózgu zadaną wystrzałem przez podniebienie. Dr. Danek wyjął kulę, trepanując, przez czoło, z płatu czołowego mózgu. Chory ten szedł także pieszo sam, poczém jechał koleją i wozem zupełnie przytomny i umarł dopiero siódmego dnia. Podobny przypadek widział także kol. Wiktor w szpitalu wojskowym, gdzie po wyjęciu kuli chory także chodził, był przytomny i umarł dopiero piątego dnia. — Kol. Laskiewicz zauważa, że u chorego jest *ptosis palpebr.*, co za porażeniem n. okoruchowego jeszcze istniejącym przemawia, i ztąd wnosi, że kula tkwi blisko pnia tego nerwu. Że zaś kula znajduje się w mózgu, wnosi z otworu w oponie i z kanału w mózgu. — Kol. Pisek tłumaczy brak zboczeń i przej-

ściowe tylko porażenie nerwu tą okolicznością, że kula nie całą swą objętością i ciężarem gniotła lub gniecie nerw, lecz tylko pewną częścią dotyka go, więc i porażenie itp. zboczenia przeszły i nie ma ich więcéj. — Kol. Seifman zwraca uwagę prelegenta na zgłębniki elektryczne, jakich w czasie wojny prusko-austr. używano do badania obecności kul w organizmie. Zgłębniki te są b. cienkie, wykazują pewniéj obecność kuli, i kto wie czy taki zgłębnik nie mógłby nawet do badania obecności kuli w mózgu być użytym. Daléj zwraca uwagę na tę okoliczność, że u zwierząt np. robi się przy obecności np. *coenurus cerebralis* operacyje w mózgu dosyć grube i donośne, a zwierzęta znoszą takowe bardzo dobrze; procent wyzdrowionych operowanych dochodzi czasem do 70%. U chorego, o którym mowa, jest jeszcze dziś źrenica prawa rozszerzona, czego nie uwzględniono dotąd. — Kol. Ziembicki w odpowiedzi oświadcza najpierw, że gdyby była nawet pod ręką sonda elektryczna, toby jéj nie użył i obecnie ostrzegają bardzo chirurgowie przed używaniem takowéj, mózg bowiem jest miękki i chcąc badać obecność kuli, lub wyjmować ją, możnaby ją głębiéj jeszcze zepchać a i sondą mózg naruszyć. Co do kol. Laskiewicza byłby obowiązanym temuż, gdyby jako psychijatra (nie zaś jako chirurg) oświadczył swoje zdanie o chorym i wytłumaczył objawy psychiczne. Kol. Merczyńskiemu odpowiada, że brak ucisku ze strony mózgu nic nie stanowi, jak o têm świadczą liczne przypadki opisane w literaturze; że mały pistolet także nic nie stanowi, bo choć mały ale z bliska i mocno nabity może silnie wystrzelić, zwłaszcza, że kość w têm miejscu, gdzie chory się trafił, jest bardzo cienką. Zresztą oświadcza, że gdy się w odnośnéj literaturze rozpatrzył, przekonał się, że to nie takie rzadkie przypadki, jakby się wydawało i bardzo wielu chirurgów opisują i opisywali rany drążące do mózgu z ciałami obcemi w mózgu. *Dr. Wiktor*, sekretarz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,1. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (3 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z gruźlicy 8 (9 z. t.); z zapalenia płuc 7 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 12 przypadkach odry, 1 płonicy. W tygodniu od 10—16 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 2, w Wiedniu 10, w Budapeszcie 15, w Pradze 4, w Wenecyi 11, w Rzymie 3, w Paryżu 12. Z duru osutkowego umarło 2 w Petersburgu. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 13, w Hamburgu 11, w Paryżu 21, w Londynie 12. Z odry umarło w Budapeszcie 19, w Paryżu 25, w Londynie 51, w Amsterdamie 19. Z płonicy umarło w Petersburgu 20. Z błonicy umarło w Chrystyjanii 16, w Londynie 36, w Paryżu 32, w Berlinie 32. Z krztuśca umarło w Londynie 103, w Dublinie 19. Cholera panowała od 31 grudnia do 7 stycznia w Andierne i Douarnenez, gdzie zachorowało 39 i 35 a umarło 1 względnie 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; w Warszawie 28,4; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 26,6; w Pradze 33,4; w Budapeszcie 32,0; w Berlinie 27,7; w Tryjeście 31,1; w Hamburgu 25,3; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Mnichowie 32,0; w Lipsku 23,5; w Amsterdamie 27,9; w Bazylei 18,5; w Brukseli 27,8; w Chrystyjanii 26,8; w Genewie 31,0; w Kopenhadze 20,0; w Londynie 23,9; w Odesie 35,8; w Paryżu 26,4; w Petersburgu 31,8; w Rzymie 22,8; w Stokholmie 20,5; w Wenecyi 37,1; w Zurychu 27,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lutego. Na posiedzeniu odbytêm d. 29 stycznia Wydział lekarski na wniosek prof. Teichmanna uchwalił jednomyślnie przedstawić docenta Dra Kopernickiego do nominacyi nadzw. płatnym profesorem antropologii, następnie zamianował Dra Smolarskiego asystentem przy klinice chorób dzieci na 2 lata i nadał rządowe stypendyjum dla elewa przy klinice chirurgicznéj na rok jeden Drndowi Piątkiewiczowi; wreszcie uchwalił umieścić w sali posiedzeń ofiarowany sobie przez Tow. lekarskie krakowskie portret olejny śp. prof. Kozubowskiego.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. wybrano na wniosek doc. Gluzińskiego komisyję złożoną z proff. Korczyńskiego, Blumenstoka, Łazarskiego, Obalińskiego, Ściborowskiego, Jaworskiego i wnioskodawcy w celu obmyślenia środków zdążających do ograniczenia sprowadzania z Niemiec narzędzi, dzieł, leków, wód mineralnych itp., o ile to jest możebném bez szkody dla chorych i nauki. Następnie kol. doc. Głuziński miał odczyt zapowiedziany, nad którym dyskusyję odroczono do przyszłego posiedzenia.

* Doszedł nas numer okazowy dwumiesięcznika p. t. „*Archives slaves de Biologie*“ wydawanego przez pp. Maurycego Mendelssohna i Karola Richeta w Paryżu. Zadaniem tego pisma będzie zapoznać Zachód z pracami przyrodników i lekarzy słowiańskich, bądź w pracach oryginalnych, bądź w wyciągach i sprawozdaniach. W zeszycie 1ym (in 8vo, str. 306) mieści się 15 prac oryginalnych przyrodników i lekarzy rosyjskich, polskich i czeskich oraz kilkanaście sprawozdań. biblijografija, kronika. Pismo to zapowiada się wcale pięknie i może istotnie oddać usługi przez szybkie wprowadzanie prac słowiańskich do szerokiego koryta wiedzy ogólnéj.

* Tom drugi *Wiestnika kliniczeskoj i sudiebnoj psichiatryi i newropatołogii* z roku bieżącego, wychodzącego pod redakcyją prof. Mierzejewskiego w Petersburgu, zawiera jak zawsze bardzo poważne rozprawy oryginalne, tyczące się odnośnych działów, tudzież obszerny dział referatów i ocen. Z prac oryginalnych znajdujemy *a)* w dziale psychijatryi: 1) Zbrodnie i obłąkanie, Dra Dinkowa (dokończenie). 2) Określenie czasu elementarnych czynności psychicznych u obłąkanych, Dra Czyża; 3) Przyczynek do nauki o ostrém pomięszaniu pierwotném z omamami, Dra Greidenberga; *b)* w dziale neuropatologii: 1) O zatruciu wzgórków wzrokowych u zwierząt i człowieka, prof. Bechterowa; 2) Przypadek *Sclerosis amiotrophicae*, prof. Kożewnikowa; 3) O oporze galwanicznym tkanek zwierzęcych, Dra Wiaziemskiego; 4) Przyczynek do kwestyi zjawisk elektrycznych przy podrażnieniu narządu wzrokowego, Dra Finkielsztejna; 5) Przyczynek do kazuistyki zwyrodnień mózgowych, Dra Czyża.

* Otrzymaliśmy 4 zeszyty (25—28) dzieła *Biographisches Lexicon* wychodzącego nakładem Urbana i Schwarzenberga we Wiedniu pod redakcyją proff. Gurlta i Hirscha; zeszyty te zamykają tom III dzieła i mieszczą w sobie krótkie życiorysy lekarzy od Housseta zacząwszy aż do Kybera. W zeszytach tych nierównie więcéj, aniżeli w poprzednich, uwzględnione są życiorysy lekarzy polskich, tak zmarłych jak i żyjących; podajemy ich nazwiska w porządku abecadłowym: Hoyer, Ignatowski, Jabłonowski, Jagielscy, Jakubowscy, Janikowscy, Januszkiewicz, Jasiński, Jaśkiewicz, Jędrzejewicz, Ioannicy, Jordan, Jurasz, Kaczkowski, Klink, Jędrzéj z Kobylina, Kucharski, Tobijasz Kohn, Kolaczek, Kopernicki, Korczyński, Korzeniewski, Korzeniowski, Kościakiewicz, Kosiński, Kośmiński, Kostecki, Kozubowski, Jakób, Jan, Ursyn i Wacław z Krakowa, Krasiński, Krassowski, Kremer, Krówczyński, Krupiński, Krysiński, Kułakowski, Kwaśniewski.

* Rozporządzenie Ministra Wyznań i Oświecenia z d. 24 stycznia 1886, L. 1562.

Na podstawie Najwyższego postanowienia z d. 23 stycznia 1886 zarządzono co następuje:

§. 1. Termin zwyczajny do imatrykulacyi i wpisów oznacza się na ośm dni przed i ośm dni po prawnym początku każdego półrocza (§§. 7 i 31 przepisu ogólnego z d. 1 październik 1850 Dz. p. p. Nr. 370 znoszą się).

Po upływie tego terminu tylko za okazaniem szczegółowego pozwolenia kwestura przyjmować będzie zgłoszenia. Pozwolenia takiego udziela w ciągu najbliższych dni 8miu grono profesorów, późniéj tylko Senat akademicki przestrzegając obowiązujących w téj mierze przepisów.

§. 2. Oznaczony w §. 22 rozporządzenia ministeryjalnego z d. 12 lipca 1880 Dz. p. p. Nr. 310 termin 14-dniowy do wniesienia podania o uwolnienie od czesnego ogranicza się do pierwszych dni ośmiu półrocza. Do podań opóźnionych zastósować należy przepisy rozporządzenia minist. z d. 30 kwietnia 1871 L. 8825, ustęp 2.

§. 3. Przy zmianie przepisu, podanego w rozporządzeniu minist. z d. 13 listopada 1881, Dz. p. p. Nr. 131, zarządza się, aby uczniowie po potwierdzenie frekwentacyj zgłaszali się do odnośnych docentów i dziekana, nie jak dotychczas, w ciągu ostatnich dni 14, lecz odtąd nie wcześniéj aniżeli w ciągu ostatnich dni ośmiu półrocza.

§. 4. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie natychmiast.

* **Warszawa**. D. 26 stycznia odbyło się w Uniw. warsz. głosowanie w kwestyi pozostawienia na dalsze 5 lat prof. Baranowskiego na katedrze terapii ogólnéj i dyjagnostyki. Głosowanie wypadło niekorzystnie dla prof. B. (22 głosy za, 24 przeciw), który zatém z końcem roku szkolnego bieżącego ustąpić musi z katedry. Na posiedzeniu Tow. lek. w tymże dniu odbytém postanowiono jednogłośnie uczcić ustępującego profesora obchodem 25-letniego jubileuszu nauczycielskiego. *(Medycyna).*

* **Praga czeska** d. 1 lutego. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých“ okazał Dr. Quis, asystent medycyny sądowéj, przypadek rany postrzałowéj brzucha z przedziurawieniem jelita cienkiego. Chory umarł dopiero d. 3 z ropnego zapalenia otrzewny. — Następnie prof. Hlava omówił wyniki swoich badań nad nosacizną. Przyszedł on do rezultatów stwierdzających w zupełności wyniki Löfflera, Schütza i Babesa. Różnicę, jaką znaleźli francuscy autorowie Capitan, Bouchard i inni a Löffler i Schütz w mikrobach téj choroby, tłumaczy Hlava tém, że Capitan i Bouchard używali materyjału do szczepienia zanieczyszczonego innemi także mikrobami, widzieli te inne a przeoczyli swoiste, a zdarzyć im się to mogło, bo za materyjał używali do swych hodowli bulionu a nie stałych substancyj. *Dr Obrzut.*

* **Wiedeń**. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. prof. Toldt odczytał referat w sprawie przedstawienia, uczynić się mającego Ministerstwu, aby słuchacze medycyny dopiero po uzyskaniu stopnia doktora odbywali służbę jednoroczną w wojsku; następnie Wydział przedstawił docenta Dra Kratschmera na prof. nadzw. chemii lekarskiéj.

* **Budapeszt**. Dr. Jakób Weiss, b. docent w Uniw. wiedeńskim, mianowany został prymaryjuszem i nazywa się odtąd Dr. Jakób Salgó.

* **Nekrologija**. W Meranie umarł znany prof. fizyjologii z Zurychu Dr. Luchsinger. Następcą jego ma być Dr. Gaule.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Niedźwieckiego: Rana postrzałowa czaszki drążąca (dok.); Jasińskiego: Leczenie skolijozy (dok.); Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.).—W *Medycynie* Nr. 5: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. OBRZUT: Uiber Tuberculose zoogloéique. (Odbitka z „D. med. Woch. 1886) in 8vo str. 8.

* **Sprostowanie**. W Nrze 4 *Przeglądu Lek.* z winy zecera w jednéj części nakładu szpalty zostały tak niefortunnie przełamane, że na str. 53 w szpalcie 2éj 2 ostatnie wiersze umieszczono jako 5ty i 6ty z końca, a na str. 55, w szpalcie 2éj umieszczono jako wiersz 1y. wiersz, który powinien być pierwszym w szpalcie 1éj str. 56. Przepraszamy szan. czytelników za to pomieszanie, które tym sposobem powstało w dwóch artykułach i zapewniamy, że się postaramy, aby w przyszłości coś podobnego nie mogło się zdarzyć. *Redakcyja.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W mieście Żmigród nowy powiat Jasło jest opróżniona posada lekarza miejskiego, z roczną remuneracyją w kwocie 150 złr. w. a., z uwagi, że nie ma tu innego lekarza, przeto poboczne dochody zapewnia się w korzystnych stosunkach nadmieniając, że ubiegający się o tę posadę ma być Drem Medycyny a takową zaraz otrzymać może.

Zgłoszenia przyjmuje Zwierzchność gminna Żmigrodu.

Dnia 16 Stycznia 1886.

Antoni Nowak Burmistrz.

Nakładem Tow lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tor. arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 lutego 1886. № 7. Rok XXV.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Madurowicza w Krakowie.

Zakończenie odbytnicy w pochwie przyczyną zaparcia żywota i zboczenia w przebiegu porodu.

Podał Dr. Jan Rosner,
asystent powyższéj kliniki.

Przez *atresia ani vaginalis* rozumiemy taką wadę chorobową, gdzie na miejscu zwykłém nie znajdujemy otworu stolcowego lub tylko płytkie zagłębienie skóry, a gdzie kiszka stolcowa kończy się otworem w tylnéj ścianie pochwy. Otwór ten napotykamy najczęściéj w pobliżu wejścia do pochwy za błoną dziewiczą. Bywa on mniéj lub więcéj wązki, a w niektórych razach nawet zaopatrzony zwieraczem tak, że ściąganie lub rozwieranie jego zawisłém jest od woli kobiety. Zbyt mały otwór pociąga za sobą zatrzymanie się kału w dolnym odcinku kiszki stolcowéj, a w następstwach nawet groźne objawy wywołać może. Jeżeli otwór jest dosyć obszerny, a nadto, jeżeli jest zaopatrzony zwieraczem, natenczas oprócz zanieczyszczenia części rodnych nie sprawia żadnych dolegliwości.

Przypadek rzadki tego zboczenia utworowego obserwowano w klinice prof. Madurowicza przed rokiem u Kost. Józefy, rodzącéj, lat 24 liczącéj, zamężnéj ze Skawiny, którą kol. Swierz z przyczyny zbyt skomplikowanych stosunków porodowych odesłał do kliniki. Osoba ta podaje, że od urodzenia stolec oddaje przez pochwę i to po większéj części dobrowolnie; w razie rozwolnienia stolec odchodzi bezwiednie i utrzymany być nie może. Wywiady pouczają daléj, że jest po raz pierwszy w ciąży i to mniéj więcéj w końcu téjże. Przez cały czas trwania ciąży, zwłaszcza też w jéj początkach i ku końcowi, stolec bywał często zaparty, a nie było go przez tydzień cały od obecnego rozpoczęcia sprawy porodowéj. Wody płodowe odtąd odchodziły częściowo, a większa tychże ilość odeszła dniem przed przybyciem do kliniki. Od téj chwili rodząca nie czuje ruchów płodowych, przedtém wyraźnych. Pomimo silniejszych i częstszych bólów porodowych w ostatnich dniach sprawa porodowa nie postępowała, a raczéj przybierała przebieg mniéj pomyślny o tyle, że wieczorem dnia tego, w którym większa ilość wód płodowych odeszła, rączka wypadła. Natenczas dopiero zawezwano do rodzącéj lekarza i do kliniki ją przewieziono.

Badanie w klinice wykazało stan następujący: Osoba dobrze odżywiona i w ogóle dobrze zbudowana. Pomimo przewlekającéj się sprawy porodowéj stan bezgorączkowy; tętno spokojne. Brzuch wypuklony, powłoki napięte, na nich świeże rozstępy skóry widoczne. Macica kształtu podłużnie owalnego, około płodu silnie obciągnięta, tak że badanie zewnętrzne daje wynik prawie ujemny. Ciało większe jakoby odpowiadające główce znajduje się na lewo nad wchodem miednicy. Tętna i ruchów płodu wykazać nie można. Okolica otworu stolcowego zaznaczona jedynie płytkim, ślepem dołkiem. Ze szpary sromowéj wystaje rączka lewa, sinawa, która nie oddziaływa na podrażnienia. Pochwa bardzo wązka, wybadanie części pochwowéj i ujścia macicznego niemożebne, albowiem cała tylna ściana pochwy znacznie półkulisto wypuklona a w połowie téjże otwór palec przepuszczający, prowadzący do dolnego odcinka kiszki stolcowéj, rozszerzonéj prawie do objętości główki dziecka i wypełnionéj nadmierną ilością zbitego kału.

W celu opróżnienia kiszki stolcowéj, a tém samém umożebnienia dokładniejszego zbadania i wykonania potrzebnego zabiegu operacyjnego, podano rodzącéj lawatywę z wody ciepłéj przez kankę grubą wprowadzoną do kiszki stolcowéj, poczém nieco rozrzedzonego kału odeszło. Po powtórzeniu kilka razy lawatywy w ciągu godziny, nastąpiły dalsze obfite wypróżnienia, a za każdym stolcem wypuklenie tylnéj ściany pochwy, zwężające przewód téjże, malało, aż nareszcie zupełnie usuniętém zostało.

Badanie podówczas jeszcze utrudnione z przyczyny wązkiéj pochwy i wypadnięcia rączki lewéj, wykazało tężcowe

obciśnięcie szyi, wysuniętéj znacznie ku górze, na około barku, czyniąc niemożebném wybadanie położenia płodu. Gdy po zachloroformowaniu tężec ustąpił, przekonano się, że położenie płodu jest ukośne główkowe I; nad wchodem mianowicie główka, obok mocno wyprężonéj szyi, twarzą zwrócona ku dołowi i na prawo a za nią po tylnéj ścianie przewodu wypadnięta odnoga górna lewa, grzbiet zaś skierowany ku lewéj stronie macicy.

Pomimo narkozy napięcie ścian macicy tak znaczne, że o wykonaniu obrotu bez narażenia macicy na pęknięcie myśleć nie było można. Powzięto tedy zamiar wykonania dekapitacyi, któryto zabieg po nader mozolném ściągnieniu szyi płodu doprowadził o tyle do celu, że przy pomocy haka Brauna urodzono tułów odłączony w zupełności od główki. Główkę samą urodzono dopiero w godzinę późniéj kefalotryptorem Brauna; przyczyną zatrzymania jéj w macicy był tężec, który pomimo głębokiéj narkozy w zupełności usunąć się nie dał. Płód mimo twierdzenia matki, że rodzi z końcem ciąży odpowiadał rozwojem swoim 9 miesiącom księżycowym.

Po ukończeniu porodu przepłukano starannie macicę pochwę letnim rozczynem kwasu karbolowego, jak to w klinice zazwyczaj w takich razach się dzieje, gdzie się mozolnego używa rękoczynu dla zakończenia porodu i gdzie obrażenia w drogach porodowych miękkich muszą powstać znaczne. W przypadku opisanym skrupulatność pod tym względem była nadto z tego powodu wskazaną, że kiszka stolcowa kończyła się w pochwie, co niekorzystnie na czystość dróg porodowych wpływało. Nadto założono do pochwy kilka skrawków gazy jodoformowéj, zamaczanéj w rozczynie kw. karbolowego. W pierwszych dniach po porodzie opatrywano w ten sposób położnicę 4—5 razy dziennie. Stan bezgorączkowy; zwijanie macicy i przebieg połogu prawidłowy.

Przed wyjściem z zakładu, co już 11go dnia po porodzie nastąpiło, zbadano dokładniéj przedewszystkiém miednicę, która wykazała wymiary zupełnie prawidłowe, na dowód, że nie ona stanowiła przeszkodę podczas porodu; zbadano nadto pochwę i zakończenie kiszki stolcowéj, przyczém przekonano się, że otwór stolcowy w tylnéj ścianie pochwy jest dla palca drożny, brzegi jego podatne, miernie grube, napinające się podczas badania. Dolny odcinek kiszki stolcowéj nadmiarowo rozdęty, graniczy prawie z międzykroczem; warstwa odgraniczająca wynosić mogła około 2cm. Ze względu, że w przypadku danym skuteczne utworzenie otworu stolcowego w miejscu prawidłowém nie napotykałoby na trudności, polecono choréj zgłosić się w kilka miesięcy do kliniki, w celu poddania się odpowiedniéj operacyi, na co taż chętnie się zgodziła. O ile jednak późniejsze wiadomości nas doszły, chora mniéj więcéj w pół roku po wyjściu z kliniki zmarła z zapalenia płuc.

Zastanawiając się bliżéj nad niniejszym przypadkiem, musimy zwrócić uwagę na dwie okoliczności, a mianowicie raz na powstanie téj wady, a powtóre na szkodliwe następstwa podczas porodu, wynikłe z nagromadzonego kału w wielkiéj ilości w kiszce odchodowéj.

Do uwag ogólnych podanych na wstępie dodać należy, że wadę tę tłumaczyć wypada jako pozostanie rozwoju przewodu pokarmowego na stopniu, jaki odpowiada wcześniejszemu okresowi życia zarodkowego, a mianowicie, że w czasie gdy przewód pokarmowy i moczopłciowy otwarte są jeszcze do tak zwanéj zatoki moczopłciowéj *(sinus urogenitalis)*, nie rozwija i nie przedziurawia się zagłębienie skóry, z którego międzykrocze ma powstać, przez co otwór stolcowy nie zostaje utworzony, a koniec przewodu pokarmowego nie oddziela się od przewodu moczopłciowego.

Co się tyczy statystyki wady w mowie będącéj, to zaznaczyć trzeba, że u osób dorosłych nader rzadko ją napotykamy i tak w zbiorze tutejszym anatomo patologicznym nie ma okazu téj wady z osoby dorosłéj.

Co się tyczy miejsca usadowienia otworu, to autorowie opisujący podobne przypadki podają, że leży on zazwyczaj tuż za wejściem pochwowém w miejscu odpowiadającém dawniejszéj zatoce moczopłciowéj, gdy u naszéj choréj znajdował się on prawie w połowie tylnéj ściany pochwy, co nader rzadko przydarza się i chyba tém tłumaczyćby się dało, że z wiekiem powstaje coraz znaczniejsze rozdęcie odbytnicy, co pociąga za sobą rozciągnięcie i zwiotczenie tkanin a następowo wysunięcie otworu ku górze.

Do dobrowolnego oddawania kału przyczynia się głównie, jak już nadmieniono, obecność zwieracza usadowionego na około otworu, jak niemniéj fałd poprzeczny odbytnicy (*plica transversalis recti).* Jak mało dolegliwości cierpienie to w razie obecności zwieracza sprawia, świadczy najlepiéj przypadek podany przez Ricorda, gdzie mąż po 3 latach pożycia małżeńskiego nie wiedział, że u żony komunikacyja między pochwą a kiszką stolcową istnieje, jak niemniéj przypadek Morgagniego dotyczący 100-letniéj izraelitki, dotkniętéj powyższém cierpieniem.

Jeżeli otwór komunikacyjny jest zanadto mały lub zatkany, tak że smółka, resp. kał, odchodzić nie może, natenczas występują objawy groźne. W pierwszym rzędzie następuje wzdęcie żywota, kał bowiem ulega rozkładowi a gazy ztąd się wywiązujące rozszerzają jelita.

Skutkiem wzdęcia przepona zostaje wyparta ku górze, co w następstwie pociąga za sobą zwolnienie ruchów oddechowych, sinicę. W dalszym ciągu pojawia się zadrażnienie otrzewny, wymioty kałowe, czkawka i następuje śmierć wśród objawów ogólnego upadku sił. Zauważano również stany zapalne przewodu pokarmowego a nawet pęknięcia i wylanie się treści do jamy brzusznéj.

Zabieg operacyjny w celu usunięcia wady w mowie będącéj polega na zmodyfikowanéj proktoplastyce Dieffenbacha, mianowicie téż na wykonaniu podłużnego otworu w miejscu odpowiadającém prawidłowemu otworowi stolcowemu, ściągnięciu na dół i odcięciu kiszki stolcowéj najlepiéj wraz ze zwieraczem, jeżeli takowy istnieje, od tylnéj ściany pochwy i umocowaniu jéj w ranie a zaszyciu otworu nieprawidłowego w pochwie. Operacyj tego rodzaju wykonano jak dotąd 11 i to przeważnie z wynikiem pomyślnym, bo tylko z 1 przypadkiem śmierci (Pitha Billroth *Handbuch der spec. Chirurgie*).

Co się tyczy literatury odnośnego przedmiotu, to w nowszych czasach opisywali wadę tę: Hynitsch, Herrgott, Naudin, Lane, Curling, Blasius a prof. Bryk wykonał w swoim przypadku proktoplastykę z pomyślnym wynikiem *(Oest. Zeitschrift f. prakt. Heilkunde* 1861).

W dawniejszéj literaturze napotykamy również kilka przypadków tego cierpienia (Förster. *Die Missbildungen des Menschen* str. 118).

Co się tyczy punktu drugiego, tj. zboczenia porodowego, wynikłego z przepełnienia odbytnicy kałem, to przepełnienie takie niewątpliwie stanowić może przeszkodę porodo-

wą, utrudnia bowiem wstąpienie części poprzedzającéj do próżni miednicy lub czyni je, jak to w przypadku danym niezaprzeczenie miało miejsce, wprost niemożebném.

U naszéj choréj następstwa sięgały jeszcze daléj, bo gdy pierwotnie położenie płodu było czaszkowe, za czém sama postać macicy podłużnie owalna przemawiała, to w skutek niemożliwego ustalenia się główki i przewlekania się sprawy porodowéj aż przez dni 7, położenie podłużne zmieniło się na ukośne i rączka wypadła. Nie trudno również przypuścić, że ucisk rozszerzonéj nadmiernie odbytnicy na dolny odcinek macicy sprawę porodową przyspieszył.

Uwzględniwszy tych kilka uwag przyznać należy zupełną słuszność żądaniu, aby przed i podczas porodu pamiętano o wypróżnieniu kiszki odchodowéj i pęcherza moczowego.

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Wspomniałem właśnie, że w trzech przypadkach zagojenie się ranki i przywrócenie komórki przodkowéj opóźniało się, pomimo, iż operacyja wypadła zupełnie prawidłowo.

Przypadki takie znane są dawno, już Graefe bowiem zwrócił uwagę na ten przebieg nieprawidłowy. Tyczy się on przedewszystkiém jaskry prostéj, ale wydarza się, lubo rzadziéj, także i w przypadkach jaskry zapalnéj. Obawiać się go należy według doświadczenia w tych przypadkach, w których wygórowany ucisk śródoczny nie doznaje bezpośrednio po wykonaniu operacyi takiego obniżenia, jakie znajdujemy w oku prawidłowo napiętém po przekłóciu rogówki i wypuszczeniu cieczy wodnéj. W niektórych, na szczęście rzadkich przypadkach tego rodzaju (według Graefego w niespełna 2% jaskry prostéj), które on nazwał jaskrą złośliwą *(glaucoma malignum)*, ucisk śródoczny wzmaga się, mimo braku komórki przodkowéj, w następnych dniach bardzo znacznie, tęczówka i soczewka zostają silnie przyparte do rogówki, występuje nastrzykanie naczyń rzęskowych, przeważnie żylne, łzawienie i bolesność przy dotknięciu okolicy ciałka rzęskowego, a ostatecznie kończy się wszystko niepowrotną utratą wzroku. W innych przypadkach tego rodzaju, w których ucisk śródoczny jest po operacyi tylko nieznacznie podwyższony a objawy zadrażnienia mierne, można mieć nadzieję, że po kilku a niekiedy nawet dopiero kilkunastu dniach ranka zagoi się a operacyja odniesie jeszcze skutek pożądany.

Łatwo zrozumieć, jak przykrém jest w takich przypadkach położenie operatora. W braku wszelkich oznak, któreby ten nieprawidłowy lub zgoła złośliwy przebieg przewidzieć pozwalały już przed operacyją, przystępuje on do niéj z najlepszą otuchą, a wykonawszy ją bez zarzutu widzi się naraz niemal zupełnie bezradnym, bo wszelkie dotąd w podobnych razach zalecane środki są w skutkach swoich bardzo wątpliwe, jeżeli nie całkiem zawodne. Za radą Graefego, który się przekonał, że wszelki ucisk, wywierany w tych warunkach na oko, jest szkodliwym i zwiększa tylko niebezpieczeństwo nieprawidłowego przebiegu, usuwamy przedewszystkiém opaskę uciskową a zastępujemy ją prostym opatrunkiem ochronnym, stosujemy zalecane również przez Graefego okłady z ciepłego naparu rumiankowego, podajemy środki przeczyszczające i chinin w dużych dawkach, koimy bóle za pomocą morfinu podskórnie wstrzykiwanego — wszystko jednak częstokroć bez widocznego, a niekiedy nawet zgoła bez żadnego skutku. Po wejściu w użycie ezerynu spodziewać się można było, że zastosowanie tego środka, obniżającego ucisk śródoczny i działającego przed operacyją tak zbawiennie na oczy jaskrą dotknięte, zdoła przyspieszyć zagojenie się ranki po operacyi. Oczekiwanie to, na pozór tak usprawiedliwione, zawiodło nas jednak najzupełniéj.

Rzecz osobliwsza, że właśnie środek, działający wprost przeciwnie, atropin, którego szkodliwe działanie na oczy jaskrą dotknięte jest doświadczeniem stwierdzone i tak powszechnie uznane, iż zastosowanie go w przypadkach jaskry poczytane być musi za grubą a w opłakane następstwa płodną niewiadomość, okazał nam się w przypadkach, o których mowa, lekiem tak dzielnym jak żaden z dotąd znanych i używanych środków. Do doświadczeń w téj mierze przedsięwziętych skłoniło prof. Rydla rozumowanie teoretyczne. Uderzyło go mianowicie, że w przypadkach, w których po operacyi jaskry ranka nie goiła się a komórka przodkowa pozostawała próżną, tęczówka wypukla się w następnych dniach coraz to bardziéj i coraz to silniéj przypartą zostaje do rogówki, silniéj aniżeli to z początku, mimo braku komórki przodkowéj, ma miejsce. Przyczynę tego zjawiska upatrywał prof. Rydel w posunięciu się naprzód i silném wypukleniu soczewki skutkiem kurczu mięśnia akomodacyjnego, wywołanego przez zadrażnienie ciałka rzęskowego, połączone z zadaniem ranki operacyjnéj. W tém rozumowaniu utwierdzało nadto doświadczenie, że ze wszystkich dotąd stosowanych środków najskuteczniejszém jeszcze okazywało nam się zawsze stosowanie ciepłych okładów rumiankowych, zdolnych właśnie sprowadzić zwolnienie domniemanego kurczu. Sama przez się niejako nasuwała się więc myśl spróbowania atropinu celem usunięcia kurczu mięśnia rzęskowego i naporu wypuklonéj nadmiernie soczewki, zmniejszenia tém samém parcia na brzegi ranki i przyspieszenia jéj zagojenia. Łatwo jednak zrozumieć, że zastosowanie środka, którego zgubny wpływ na przebieg jaskry doświadczenie powszechne zamieniło słusznie w dogmat niewzruszony, wymagało pewnéj odwagi, na którą trudno było zdobyć się w przypadkach niepozbawionych jeszcze nadziei pomyślnego skutku po użyciu środków dotąd znanych i powszechnie używanych. Nareszcie wydarzył się w czerwcu 1880 roku przypadek rozpaczliwy, w którym zawiodły dotychczasowe środki, tak, iż nie było już nic do stracenia, a tém samém usprawiedliwione było zastosowanie środka obosiecznego, za którém jednak rozumowanie teoretyczne przemawiać się zdawało.

U D. A., kobiety 43-letniéj, wykonano w dniu 2im czerwca 1880 r. z powodu jaskry prostéj irydektomiję na oku prawém ku górze. Operacyja wypadła nienagannie; wycięto kawałek tęczówki na 4mm. szeroki aż do brzegu; w rance nie było tęczówki uwięźniętéj. Nazajutrz nie było ani śladu komórki przodkowéj, usunięto więc opaskę, stosowano ciepłe okłady rumiankowe, zapuszczono ezeryn — wszystko jednak bez żadnego skutku.

Począwszy od 10go dnia po operacyi przyżegano rankę kilkakrotnie kamieniem piekielnym złagodzonym, a gdy i to żadnego nie odniosło skutku, polecił prof. Rydel w dniu 20ym czerwca, a więc po upływie 18 dni od operacyi zapuścić 1% roczyn atropinu, co też w ciągu tego i następ-

pnego dnia po trzy razy uskuteczniono. Już dnia 22go czerwca był pierwszy ślad komórki przodkowéj, która w następnych dniach zagłębiła się wyraźnie, aczkolwiek zawsze dość płytką pozostała. W dniu 2 lipca A. D. opuściła klinikę z okiem prawidłowo napiętém, ranką zagojoną, komórką przodkową wypełnioną choć płytką, z $V^6/_9$ (nie całe) za pomocą + 2 D, to jest z taką samą bystrością wzroku z jaką do kliniki wstąpiła.

Zachęceni tak pomyślnym skutkiem zapuszczaliśmy odtąd atropin (zazwyczaj trzy razy dziennie) we wszystkich przypadkach, w których po wykonaniu irydektomii z powodu jaskry opóźniało się gojenie ranki i wypełnienie komórki przodkowéj. Takich przypadków mieliśmy 16 w ciągu $5^1/_2$ lat, tj. od czerwca 1880 aż po koniec grudnia 1885 roku.

W 9 z nich skutek był niemal doraźnym, zaraz bowiem nazajutrz (w 6 przypadkach) lub po upływie 48 godzin (w 3 przypadkach) był już widoczny pierwszy ślad komórki przodkowéj. W 4 z tych przypadków zapuściliśmy atropin już nazajutrz po operacyi, w 2 po upływie dwóch dni, w 2 innych po upływie pięciu, w 1 wreszcie (powyżéj opisanym) dopiero 18go dnia po operacyi.

Z pozostałych 7 przypadków zagoiła się ranka w 2 po trzech dobach; w 2 po czterech dobach; w 1 po ośmiu, w 1 po 10; w 1 wreszcie dopiero po 13 dobach zapuszczania atropinu. W 3 z nich przystąpiono już nazajutrz; w 2 po dwóch dniach; w 1 po trzech dniach; w 1 po 4 dniach, licząc od dnia operacyi, do zapuszczania atropinu.

Do tych przypadków dodać jeszcze mogę przypadek jaskry prostéj, którą prof. Rydel operował w dniu 28 stycznia rb. w praktyce prywatnéj. Gdy ranka, mimo usunięcia opaski uciskowéj, jeszcze 31 stycznia nie była zagojoną a oko okazywało dość znaczne nastrzykanie rzęskowe i lekką bolesność przy dotknięciu okolicy ciałka rzęskowego, zapuszczono w dniu tym rano i wieczór po parę kropli 1% roczczynu atropinu. Po trzeciém zapuszczeniu, w dniu 1ym lutego rano, spostrzeżono już wieczór ślad komórki przodkowéj i zapuszczono atropin po raz czwarty. Nazajutrz ranka była już zagojoną a komórka głęboką, poczém wszystkie niepokojące objawy szybko ustąpiły.

W żadnym przypadku nie zauważyliśmy zaostrzenia się sprawy chorobowéj lub jakiegokolwiek szkodliwego wpływu, przypady zadrażnienia ustępowały owszem szybko po zagojeniu się ranki, podwyższony ucisk śródoczny stawał się wkrótce prawidłowym, słowem zbawienny wpływ atropinu był zawsze tak widocznym, iż uważać go musimy za najdzielniejszy środek we wszystkich tych przypadkach, w których gojenie się ranki i wypełnienie komórki przodkowéj spóźnia się po wykonaniu irydektomii w oczach jaskrą dotkniętych.

Oprócz tego uciekaliśmy się do atropinu po irydektomii w tych wszystkich przypadkach jaskry, w których z jakiegobądź powodu, najczęściéj po zapuszczaniu ezerynu, wytworzyły się tylne przyczepiny lub zachodziła obawa ich wytworzenia. I w tych przypadkach oczy znosiły atropin bardzo dobrze, nie zauważyliśmy téż nigdy jakichkolwiek następstw niepożądanych. Podobne doświadczenia zrobił widocznie Jacobson, jak to widać z krótkiego przypisku do jego pracy o jaskrze pod napisem: „*Zur Casuistik der glaucomatösen Krankheiten*“ w którym mówi: „*Merkwürdiger Weise verliert das Atropin seine nachtheilige Wirkung auf den glaucomatösen Process, sobald ein Stück Iris excidirt ist, es beseitigt mit der Zerreissung der Synechieen nicht nur iritische Zustände, sondern bewährt sich auch als zuverlässigstes Mittel zur Herstellung der aufgehobenen vorderen Kammer*“. (*Graef. Arch. f. Ophth.* B. XXX, Abth. IV, str. 178 z roku 1884).

Krótko zebrane wyniki naszych doświadczeń nad działaniem atropinu po operacyi ócz jaskrą dotkniętych brzmią więc jak następuje:

1) Oczy jaskrą dotknięte, bez względu na postać cierpienia, znoszą po wykonaniu irydektomii atropin zupełnie dobrze.

2) Atropin wpływa bardzo skutecznie na przywrócenie komórki przodkowéj, jeżeli opóźnia się gojenie ranki po wykonaniu irydektomii. W przeważnéj większości przypadków (12 razy na 17 przypadków licząc i przypadek z praktyki prywatnéj) osiągamy pożądany skutek już po upływie 1 do 3 dni; w innych, rzadszych przypadkach następuje to późniéj, tak, iż skuteczność atropinu jest wątpliwą.

3) Atropin jest również wskazanym w celu przerwania przyczepin tylnych, powstałych po wykonaniu irydektomii w oczach jaskrą dotkniętych.

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił **Dr. Ferdynand Obtułowicz**,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

II. Sposób powstawania czyli patogeneza dyfteryi.

Zachodzi teraz pytanie, co to jest dyfteryja, jakiemu przyrzutowi zawdzięcza swe powstanie, jaka jest przyroda tego przyrzutu i czy błonica jest najpierw cierpieniem miejscowém, które następnie kończy się ogólném zakażeniem krwi lub czy téż odrazu jest cierpieniem ogólném zakaźném.

Pod względem umiejętnego określenia dyfteryi panuje chaos ogromny, który najlepszym jest wyrazem zamięszania pojęć o sprawie chorobowéj, nazwanéj najpierw przez Bretonneaua dyfteryją i zarazem stanowi dowód, jak wiele jeszcze nagromadzić trzeba ścisłych spostrzeżeń, ile przeprowadzić doświadczeń ściśle umiejętnych, jak wielkie jeszcze muszą być postępy na polu bakteryjologii, aby sprawa co do téj choroby stanowczo była rozstrzygniętą i w ścisłe prawdziwie umiejętne ramy ujętą. Przytoczę tutaj definicyje dyfteryi wypowiedziane przez najznamienitszych autorów, a zacznę od Klebsa, który może najwięcéj chaosu w określenie téj sprawy chorobowéj wprowadził, budując zanadto pospiesznie na podstawie badań drobnowidowych gmachy pojęć, pod które przyszłość dopiero rzeczywiście silne podwaliny rzucić potrafi. I tak w monografii o dyfteryi zamieszczonéj w *Real-Encyclopaedie* Eulenburga str. 167 wypowiada zdanie, że w celu niewątpliwego rozpoznania błonicy za życia, zwłaszcza w początkach tego cierpienia, należy koniecznie posługiwać się badaniami drobnowidowemi, inaczéj bowiem nie podobna rozróżnić błonicy prawdziwéj od tak zwanéj błonicy wrzekoméj (*Pseudodiphtheria*), zwłaszcza dopóki sprawa chorobowa nie zdradziła swéj cechy nader groźnéj przez ciężkie objawy ogólne.

Według wskazówek podanych przez Klebsa mają błony zajęte z migdałków w prawdziwéj błonicy, zwilżone mię-

szaniną gliceryny i kwasu octowego zlodowaciałego oka zywać już przy powiększeniu 150—200 razy laseczniki (*microsporon diphtheriticum*), które ustawione są prostopadle do powierzchni błony i wyglądają bardzo podobnie do rzęsów przybłonka wyścielającego błonę śluzową oskrzeli: nadto w najwyższych warstwach błon wrzekomych napotyka się mnóstwo drobniutkich częstokroć brunatnawo zabarwionych koków. W przypadkach zaś tak zwanéj błonicy wrzekoméj, zazwyczaj łagodnych i przebiegających szczęśliwie, badanie drobnowidowe nie wykazuje grzybków powyższych, lecz mikrokoki daleko większe, należące do grupy przez Klebsa nazwanéj „*Schistomyceta monadina*“. Oczywiście Klebs nadaje zresztą dyfteryi wrzekoméj te same cechy makroskopijne, jakie w postaci błon dyfterytycznych na migdałkach, podniebieniu miękkiém itd. występują, ale twierdzi, że w przypadkach błonicy wrzekoméj, gdy wypocina rozszerza się, widać na częściach sąsiednich błony śluzowéj wprzód leciuchny nalot, jak gdyby części te drobnym proszkiem były posypane, a w kilka godzin dopiero lub dnia następnego w miejscach tych potém widać już grubszą błonę wrzekomą. W przypadkach błonicy prawdziwéj miał Klebs nigdy nie dostrzegać podobnych objawów; tłumaczy zaś zjawisko to w ten sposób, że działkogrzybki cechujące prawdziwą dyfteryję tworzą pokłady o wiele cieńsze, niż mikrokoki w nalotach błony wrzekoméj. Fakt ten jednak do takiego znaczenia przez Klebsa podniesiony nie wytrzymuje krytyki przynajmniéj w codziennéj praktyce i to w przypadkach nader ściśle obserwowanych, gdyż w wielu przypadkach zabójczéj, a zatém już i zdaniem Klebsa prawdziwéj dyfteryi, widziałem to samo zjawisko i na pół lub na całą dobę naprzód mogłem przez dostrzeżenie cieniuchnego nalotu niemal pajęczynowatego, zapowiedzieć szerzenie się błon dyfterytycznych w pewnym kierunku, a nadto cały podział Klebsa na dyfteryję prawdziwą, przez którą chce rozumieć przypadki nader ciężkie i zwykle kończące się niepomyślnie, i na dyfteryję wrzekomą, pod którą podporządkowuje przypadki łagodniéj przebiegające,—cały ten podział jest zanadto sztuczny, choć niby na wrzekomo bardzo umiejętnéj podstawie oparty. Przyroda i w zakresie chorób zakaźnych ma swe prawidła, ale i swe kaprysy i nie znosi pęt żelaznych, a każdy z lekarzy, który widział tysiące przypadków czy to dyfteryi czy to płonicy (szkarlatyny), czy to duru plamistego, czy innéj choroby zakaźnéj, jest dostatecznie o prawdzie słów moich przekonanym i wie, że podczas jednéj i téj saméj epidemii błonicy zdarzają się przypadki i bardzo złośliwe i bardzo łagodne, tak że nieraz trzeba sobie zadać pytanie, czy przypadek ten lub ów należy zaliczyć do dyfteryi, lub też do zwykłego przypadkowego nieżytowego zapalenia gardła. Zależy to od indywidualności chorego i wielu jego właściwości czyli od gruntu, na jakim przyrzut dyfterytyczny ma się rozwinąć. Każdy lekarz wie aż nadto dostatecznie, jak zabójczą jest płonica (szkarlatyna) nawet dla dzieci starszych, dla chłopców i dla dziewcząt powyżéj lat 10, jak z drugiéj strony choroba ta nieraz tak łagodnie przebiega, że chętnieby się wszystkie dzieci pozarażało, aby tylko w ten sposób płonicę przebyły a mimo to nikomu na myśl nie przyjdzie dla przypadków tych tworzyć inną grupę chorobową; rzecz się ma podobnie z durem plamistym, z durem brzusznym, ospą itd. Sam Klebs nawet, nie umiejąc wybrnąć z sprzeczności, w jakich obrazy mykotyczne z przypadkami klinicznemi pozostają, przestrzega, że i przypadków dyfteryi wrzekoméj lekceważyć nie należy, gdyż i one wywołać mogą śmierć przez przesunięcie się sprawy chorobowéj na krtań, a szczególniéj na więzadła prawdziwe.

Zastanówmy się teraz daléj, jak dyfteryję określają inni poważni autorowie: Oertel w zbiorowém dziele Ziemssena (l. c. str. 584) mówi, że jestto przeważnie choroba epidemiczna, nagabująca błonę śluzową dróg oddechowych i z tego punktu wyjścia zakażająca cały ustrój, tak że wyrasta na chorobę zakaźną, ogólną; Senator w monografii pomieszczonéj w zbiorze odczytów wydawanych przez Volkmanna (Nr. 78) nazywa błonicę „*Synanche contagiosa*“ i rozumie przez nią chorobę zakaźną z przebiegiem ostrym, która występuje szczególniéj u dzieci i wywołuje pewne zmiany w błonie śluzowéj w miejscu skrzyżowania się dróg oddechowych z przewodem pokarmowym, a zatém na błonie śluzowéj migdałków, języczka i podniebienia miękkiego, daléj na korzeniu języka, w krtani, tchawicy, na tylnéj ścianie gardziela albo w jamie nosowéj; Monti (l. c. str. 133) określa dyfteryję jako chorobę zakaźną, którą charakteryzuje rozliczne umiejscowienie i wytwarzanie się wypocin włóknikowych w tkance śluzowéj lub na powłokach zewnętrznych; Eichhorst zaś w dziele, które niedawno prasę opuściło (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* 1884), ścieśnia zakres błonicy do właściwéj choroby połyku (*Rachendiphtherie*) i określa błonicę jako chorobę, którą cechują różne stopnie zmian zapalnych w połyku, a grupa tych zmian zapalnych ma tę wspólną charakterystyczną właściwość, że objawia przyrodę zakaźną. Cohnheim uważa sprawę dyfterytyczną za ściśle zespolenie sprawy zapalnéj z obumieraniem tkanin, Weigert zaś określa ją jako obumieranie tkanin skutkiem krzepnącego wysięku (*Coagulationsnecrose)*.

Nie ulega kwestyi, że prawdziwie umiejętne, a mimo to ścisłe i dokładne, określenie pewnéj choroby w ogóle jest rzeczą nader trudną, zwłaszcza gdy żądamy krótkiéj, a mimo to wyrazistéj definicyi. To téż każdéj z powyższych definicyj możnaby zarzucić w pewnym względzie niejasność i niedokładność, gdyż chcąc się ściśle umiejętnie wyrażać mówiąc o dyfteryi w ogóle, musimy odróżnić: 1) dyfteryję w ścisłém klinicznem słowa tego znaczeniu, od 2) zapalenia dyfterytycznego w znaczeniu anatomicznem. Przez błonicę czyli dyfteryję w pojęciu klinicznem rozumieć musimy chorobę ogólną, zakaźną, zawdzięczającą powstanie swe najprawdopodobniéj bakteryjom, którato choroba lokalizuje się zwykle w połyku i górnych częściach dróg oddechowych, a cechuje się wytwarzaniem produktów zapalnych w różnym stopniu, z szczególną skłonnością wytworów tych do rozpadu. Dyfteryja zatém zakażając ustrój wywołuje zazwyczaj cały szereg zaburzeń nader groźnych, które świadczą o zatruciu całego ustroju i o ciężkich zmianach wewnątrz organizmu, a zmiany miejscowe, jakie widzimy w połyku, nie mogą same przez się wytłumaczyć tych groźnych objawów, jeżeli nie przypuścimy równocześnie pewnych ustrojów najniższego rzędu (mikroorganizmów, bakteryj), wnikających w organizm i nadwerężających w sposób dotąd niewytłumaczony równowagę w funkcyjach tegoż.

Natomiast zapalenie tylko z cechą dyfterytyczną, w pojęciu więcéj anatomicznem, pojawiać się może w różnych narządach ustroju, zawdzięcza swe powstanie rozlicznym przyczynom; nie wywołuje tak ciężkich ogólnych zaburzeń grożących zagładą całemu ustrojowi, a odznacza się wysiękiem włóknikowym na powierzchni lub w głębi tkaniny ułożonym, również ze szczególną skłonnością do rozpadu; tak np. mówimy o dyfterytycznem zapaleniu pęcherza, kiszki grubéj, pochwy, żołądka, spojówek itp.

Piękna praca doświadczalna Heubnera, któréj wyniki bez wątpienia powszechnie są już znane (Heubner l. c. i

sprawozdanie Dra Kopffa w Przeglądzie Lek. z r. 1883, str. 601) również uzasadnia takie zdefinijowanie dyfteryi i rzuca światło na powstawanie sprawy dyfterytycznéj pod względem anatomicznym. Autor ten bowiem potrafił za pomocą odpowiedniego podwięzywania naczyń krwionośnych pęcherza u królików wytworzyć sztuczne pokłady błonicowe i udowodnił, iż zmiany dyfterytyczne powstają przez ścisłe zespalanie się ciężkiego zapalenia z obumieraniem tkanin, obrazowo zaś skreśla sprawę tę w sposób następujący: Najpierw zbrzęka przybłonek i nasiąka wydzieliną krwawą; potém ulegając właściwym zmianom postaciowym obumiera, wreszcie zaś wytwarza się błona włóknikowa częścią z obumarłego materyjału komórek przybłonkowych, częścią zaś z przesączyny krwawéj. Nadto może i sama tkanka błony śluzowéj, a nawet i podśluzowéj, zbrzęknąć i obumrzeć skutkiem nasiąknięcia „krzepnącym wysiękiem“.

Powstawanie zaś zmian co dopiero wyszczególnionych tłumaczy Heubner w następujący sposób nader trafny: „Skutkiem podwiązania naczyń następuje zastoina w krążeniu i to tak w tętnicach, jak i w żyłach i naczyniach włosowatych, przez co również następuje zboczenie w prawidłowém odżywianiu tkanin. Następstwem tego zboczenia w odżywianiu są najpierw zmiany chorobowe w przybłonku, które kończą się obumarciem komórek. Podobnie jak komórki przybłonkowe ulegają powolnemu obumieraniu i komórki tkanki łącznéj, oraz włókna mięsne, a ponieważ i naczynia krwionośne nie są prawidłowo odżywione, przeto, gdy świeży prąd krwi, z prawidłowém parciem, wpłynie w zakres naczyń chorobowo zmienionych, to składniki krwi przesiąkają łatwo do części otaczających, a w ten sposób z naczyń przepacają się w znacznéj ilości istoty kleinowe *(colloide Substanzen)*, oraz osocze krwi, tworząc wypocinę zapalną.

Zmiana ta chorobowa w naczyniach jest początkiem ich obumierania; ponieważ jednak naczynia krwionośne łatwiéj wytrzymują zboczenie w odżywianiu, niż inne tkaniny, przeto nie ulegają tak łatwo zupełnemu obumarciu, lecz mogą powrócić nawet do zupełnego stanu zdrowia. Chwilowo atoli źle odżywione naczynia przepuszczają przez swe ściany składniki krwi nadpływającéj z parciem ościennem prawidłowém, a składniki te krzepnąc po za ścianami naczyń przyczyniają się do tém szybszego sprowadzenia śmierci komórek i tkanin otaczających. Ponieważ jednak do faktu krzepnięcia włóknikowego potrzeba wspólnego i jednoczesnego działania 2 istot, tj. istoty włóknikorodnéj i włóknikotwórczéj, przeto Heubner przedstawia sobie sprawę tę w ten sposób, że komórki i tkaniny w chwili zupełnego obumierania wydzielają właściwą istotę włóknikotwórczą, która otoczona dokoła i przesiąknięta osoczem krwi zawierającém włóknik czyli istotę włóknikorodną, krzepnie i wytwarza tym sposobem produkty zapalne cechujące błonicę. (C. d. n.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Dzięki pp. obducentom przypadek niniejszy nie przestaje atoli być zagadkowym, jak go słusznie nazywa prof. F., a to z powodu, że trudno wytłumaczyć zmiany w żołądku. Powiedzieliśmy już, że trudność ta pochodzi ztąd, że Wydział miał w aktach dwa opisy całkiem sprzeczne między sobą, a szan. autor broszury przez wprowadzenie opisu trzeciego nietylko że trudności téj nie usunął, lecz owszem powiększył ją znacznie. Ponieważ orzeczenie Wydziałowe nie jest rozprawą naukową, nie podobna było w niém dać wyraz wszystkim wątpliwościom, które się nasunęły. Inne zresztą musianoby wysnuć wnioski, biorąc opis pierwszy za autentyczny, a inne na podstawie opisu drugiego.

Zastanówmy się na chwilę nad opisem pierwszym, podanym przez lekarza miejskiego (czyli przez lekarzy miejskich według prof. F.) na podstawie oględzin pierwszych, a więc o wiele ważniejszych, to według mego przekonania rzecz przedstawia się całkiem prostą. „Żołądek „zawiera kilka łyżek płynu brudnego, bladawego, zmię„szanego ze śluzem, bez odoru; błona śluzowa w górnéj „części i w środku przekrwiona i widać mnóstwo drobnych „podługowatych wynaczynionek“. Oto wszystko! Czy tu była jakakolwiek podstawa do przypuszczenia otrucia? Albo to były rzeczywiste wynaczynionki lub tylko plamki czerwone, mające tylko pozór wynaczynienia; w ostatnim razie były to zmiany pośmiertne, w pierwszym powstały za życia; ale przekrwienie (i to nie „mocne“, jak autor rozprawy podaje) znajdujemy u większéj połowy trupów, u których najmniejszego niema podejrzenia otrucia, zwłaszcza, jeżeli śmierć nastąpiła wśród trawienia, a w danym przypadku tém mniéj obraz ten zadziwić może, o ile Roberta M. umarła wśród objawów uduszenia, a że wśród uduszenia kurcz naczynioruchowy wywołuje zastoinę w naczyniach żołądka a następnie wynaczynienia krwi, jest rzeczą tak dalece częstą i znaną, że Hofmann przestrzega (a za nim, jak widzieliśmy, powtarza prof. F.), aby przekrwienia tego i wynaczynionek w żołądku, jako mogące być objawem częściowym uduszenia, nie brać za zmiany właściwe otruciu kw. pruskim. Zasługuje na uwagę ważna jeszcze okoliczność. Hofmann (w dziele swojém str. 601) na podstawie swego doświadczenia pisze co następuje: „Możność, że eter lub lek podobny zadany został krótko przed śmiercią, na tém większe zasługuje uwzględnienie, o ile płyny takie drażnią rzeczywiście błonę śluzową żołądka, a przez to, jakeśmy się przekonali w naszych przypadkach, wywołują na niéj zaczerwienienie z nastrzykania pochodzące i silniejsze wydzielanie śluzu, które to zmiany mogłyby być wprowadzone w związek z otruciem“. Gdy Roberta M. istotnie krótko przed śmiercią zażyła 3 łyżeczki eteru z wyskokiem, więc zmiany przez pierwszych pp. obducentów opisane najłacniéj dałyby się tłumaczyć jako następstwo działania eteru. Brak tylko woni charakterystycznéj po otwarciu ciała nie dozwala stanowczo oświadczyć się za tym związkiem pomiędzy lekiem zadanym a zmianami w mowie będącemi.

Trudniejszą jest sprawa ze zmianami, opisanemi przez drugich pp. znawców. Tu jednak nasuwa się z koniecznością przedewszystkiém pytanie: jakim sposobem żołądek opisany za świeża d. 13 maja mógł przedstawić obraz tak wskróś odmienny podczas oglądania go we dwa dni późniéj, i to tak dalece, że mogłoby się zdawać, iż drudzy pp. znawcy mieli przed sobą całkiem inny żołądek? Tego pytania, będącego bardzo wielkiéj doniosłości w przypadku sądowolekarskim, gdzie się rozchodzi o zbrodnię tak wielką, prof. F. wcale nie dotyka. Rozmotać ten węzeł, to rzecz trudna, lecz popróbować nie zaszkodzi.

D. 13 maja znajdują pp. obducenci w żołądku, i to w części wpustowéj i prawdopodobnie w okolicy dna, przekrwienie i wynaczynionki, a jako treść kilka łyżek płynu brudnego, bladawego; żołądek ten rozcięty przechowano w otwartym słoju (jak podaje autor broszury str. 16), a oglądając go po upływie co najmniéj 48 godzin drudzy pp. obducenci znaleźli jednostajne krwawe zabarwienie bł. śluzowéj, ale także błonę mięsną i surowiczą mocno przekrwione, rozpulchnione, lekko surowiczo nasiąkłe, a otrzewnę również żywo szaro-czerwoną, miejsce zaś owéj treści brudno-bladawéj zajęła miazga gęsta, brunatna, która zdawała się być rozłożoną w hematynę krwią przesączoną ze ścian żołądka. Czy opis ten nie nasuwa domysłu, że to co widzieli pp. obducenci drudzy, było tylko przeobrażeniem rozkładowém tego, co widzieli pierwsi obducenci? Wiadomo, że nigdzie krew tak prędko nie doznaje zmian a nigdzie tak prędko nie przepaca się z naczyń, jak w żołądku; a przeobrażenie się to jest tém prędszém i znaczniejszém, jeżeli w żołądku znajdują się nadto warunki w téj mierze korzystne; takim warunkiem w naszym przypadku był eter do żołądka wprowadzony, który według naszego i cudzego doświadczenia zdolny jest przeobrazić hemoglobinę w hematynę a równocześnie przyczynić się do powstania gastromalacii brunatnéj. Ztąd tłumaczą się przypadki, w których zrazu w żołądku treści krwawéj nie było, a ukazuje ona się dopiero w skutek przesiąkania barwika krwi lub przejęcia go przez treść żołądkową bardzo kwaśną lub bardzo alkaliczną. Jeżeli sobie przypominamy, że tkanki przekrwione, narażone na działanie powietrza, zabarwiają się jasno-czerwono, że w danym przypadku wszystkie warstwy żołądka były przekrwione i rozpulchnione, których to zmian ani w otruciach, ani w ostrych formach zapalenia błony śluzowéj żołądka nie znajdujemy, — musimy koniecznie obraz, jaki przedstawiał żołądek Roberty M. w d. 15 maja, uważać za zmianę pośmiertną. Wprawdzie prof. F. w broszurze swéj (str. 31) na podstawie „naocznych oględzin“ stanowczo wyklucza, jakoby zmiany w żołądku i kiszkach powstały z przesiąknięcia barwikiem krwi (imbibicyi), — my zaś, jakkolwiek innym razem nie bylibyśmy wątpili o słuszności jego zapewnienia, w tym przypadku atoli, zmuszeni polegać na jego opisie, tém bardziéj obstawać musimy przy swojém zdaniu, o ile widoczna, że prof. F. sam musiał obawiać się tego zarzutu, skoro w opisie 3cim (w broszurze podanym) słowa protokółu urzędowego: „błona mięsna i surowicza są również mocno przekrwione, rozpulchnione, lekko surowiczo przesiąknięte, a zabarwienie otrzewny żywo szaro-czerwone“ zmienia na „błona podśluzowa i mięśna rozpulchnione, surowiczo krwawo przesiąknięte“ opuszczając resztę, jak również zmienia w tym samym kierunku opis jelit cienkich. Jeżeli zaś uderzającą jest rzeczą, co mają znaczyć w opisie 2im zmiany w błonie mięsnéj i surowiczéj, jeżeli one nie są czysto pośmiertnemi, to znów pytać się godzi, co mają znaczyć w opisie 3cim zmiany w błonie podśluzowéj i mięsnéj, skoro w otruciu sinkiem potasu (o kw. pruskim już wcale mowy niema) nietylko w błonie mięsnéj ale nawet w podśluzowéj zmian żadnych się nie napotyka! Że w obec takiego opisu rozpoznanie prawie stanowcze otrucia na podstawie samych oględzin żołądka nie było usprawiedliwioném dostatecznie i że opis ten nie jest takim, aby czytający go mógł w sprawie sądowéj rozpoznać otrucie sinkiem potasu, — na to, jestem przekonany, zgodzi się każdy oświadczony lekarz sądowy i każdy anatom patologiczny.

Powtarzam, jestto tylko z méj strony próba tłumaczenia sprzeczności między opisami; jeżeli mi się nie powiodła, nie moja w tém wina, wszak mając tylko akta przed sobą nie można odgadywać wszystkiego, co nie jest wyczerpująco opisaném.

Jeszcze słów kilka co do tłumaczenia obrazu żołądka na podstawie zastoiny. Niedawno temu widziałem w zakładzie kol. Browicza żołądek, który przedstawiał jakby najwierniejszy fotogram obrazu bł. śluzowéj podanego przez prof. F. w przypadku w mowie będącym. Ktokolwiek z kolegów żołądek ten widział w zakładzie, dopytywał się, co to za otrucie. W klinice wewnętrznéj umarła kobieta z przyczyny niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj, komórka lewa przedstawiała obraz przerostu odśrodkowego, m. sercowy rozpoczynającego zwyrodnienia tłuszczowego, wątroba zaś rozwijającego się przekrwienia biernego, przez badanie drobnowidowe stwierdzonego; nigdzie śladu puchliny; żołądek zawierał skąpą treść w postaci gęstego, mętnego śluzu, błona zaś śluzowa w części wpustowéj i na dnie żołądka przedstawiała się gęsto nastrzykaną, sieć żył podśluzowych bardzo widoczna a po wygładzeniu fałdów bł. śluzowéj odpowiednio do ich przebiegu nieznaczne smugi białawe jako wyraz rozpoczynającego się rozmiękczenia pośmiertnego; w części wpustowéj nadto na bł. śluzowéj znajdowały się gęsto rozsiane plamy nieregularnego kształtu ciemno-czerwone, które okazały się, jakto zazwyczaj w takich razach bywa, badane za pomocą lupy jako rozszerzone żyły włosowate. Błona ta śluzowa żołądka, który leżał na wolném powietrzu, już dnia następnego przedstawiała żywsze, jednostajne zaczerwienienie. W przypadku tym o otruciu mowy być nie mogło, gdyż chora ta znajdowała się pod ścisłą obserwacyją w klinice a używała dygitaliny jakotéż *adonis vernalis*, w czasie agonii zaś wstrzykiwano eter podskórnie. Zmiany więc opisane stanowić mogą tylko ślad rozwijającego się przekrwienia biernego, widocznego także w wątrobie, a które to zmiany po śmierci w tych właśnie częściach żołądka bardziéj się spotęgowały. Jakkolwiek w tym przypadku przyczyną główną była niedomykalność zastawek, któréj w przypadku Roberty M. nie było, to rozpoczynający okres niekompensacyi, która jeszcze dalszych następstw nie była sprowadziła, położyć musimy na równi z samoistném zwyrodnieniem serca, którego u Roberty M. wykluczyć przynajmniéj nie można. Zarzut więc uczyniony przez autora broszury, jakoby nie było podstawy do przypuszczenia zmian przekrwienia biernego, nie jest słusznym, gdyż niekoniecznie przekrwienie bierne musi być połączone ze zmianami znaczniejszemi i ogólniejszemi, jakto w późnych okresach zaburzeń w krążeniu żylném spostrzegamy.

Jestem u kresu mojéj wycieczki antikrytycznéj; jeżeli wycieczka ta była zbyt długą i czytelnika znużyła, to i dla mnie, jako polemika z kolegą poważanym, nie była przyjemną. Ale w obec wyjątkowego zdarzenia, w obec wystąpienia jednostki, choć poważnéj, z zarzutami przeciw Wydziałowi lekarskiemu, tak licznemi i ubliżającemi jego godności, zmuszony się widziałem przedstawić rzecz obszerniéj, celem odparcia niczém nie usprawiedliwionéj zaczepki. A ponieważ zaczepiający wyraża nadzieję, że po danych przezeń wyjaśnieniach Wydział przystąpi w zupełności do jego przekonania, — więc zniewolonym się widzę oświadczyć, że, co do mnie, jeżelibym miał w téj sprawie jeszcze jakąś wątpliwość, a zapewniam, że jéj nie miałem, — to obrona szan.

autora była tylko zdolną utwierdzić mnie w przekonaniu, że Roberta M. umarła śmiercią naturalną z porażenia serca. Przekonanie to moje jest tak silném, że gdyby w téj sprawie miał zdarzyć się nawet epizod podobny, jak w słynnéj sprawie wiedeńskiéj Steiner-Balloghównéj, gdyby prędzéj lub późniéj wystąpił drugi jakiś Waschauer i sam się oskarżył, że Robertę M. otruł sinkiem potasu, oświadczę stanowczo: „Akta, na których Wydział oparł swoje orzeczenie, nie przemawiają za otruciem“ i zdania tego nie odstąpię, dopóty nie wyjdą na jaw nowe fakty, za otruciem przemówić mogące. Wydział lekarski nie może liczyć się z plotkami lub ze szczegółami urzędowo nie sprawdzonemi, a tém mniéj czuje w sobie powołanie do odgadywania myśli. Wezwany do wypowiedzenia swego zdania, Wydział trzyma się zasady pretora rzymskiego: *Da mihi factum et dabo tibi jus;* czego nie ma w aktach, to dla Wydziału nie istnieje, ale też dla tego tém skwapliwiéj czuwać musi nad tém, aby w razie jakiejś kontrowersyi trzymano się bezwarunkowo aktów i od nich ani na włos nie odstępowano! Jest i druga zasada, któréj przestrzeganie należy do świętych obowiązków każdego grona orzekającego, a opiewa ona: *In dubio mitius!* Tą zasadą kierują się wszystkie Wydziały i Kolegija a na złagodzeniu przez nie orzeczeń zbyt ostrych i stanowczych zyska tylko sprawiedliwość!

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Do przytoczonego wyżéj szeregu przypadków pozwolę sobie przyłączyć jeden przypadek spostrzegany przezemnie w klinice prof. Stukowenki w Kijowie. Opis treściwy przypadku tego zbytecznym może nie będzie przez wzgląd, iż takowy przedstawiał osobliwości niektóre tyczące się umiejscowienia, postaci i przebiegu sprawy chorobowéj.

Terencyjusz Kowal rusin, włościanin gubernii Czernyhowskiéj, lat 28 liczący, wstąpił do kliniki w lutym r. b. Rodzice chorego na żadne wyrzuty skórne nie cierpieli. Chory zaś aż do lat ośmiu był zdrów i do chwili obecnéj nie ulegał też chorobom, tylko doświadczał zwykłego bólu głowy; obrażeniom nie podlegał nigdy.

Lat temu dwadzieścia spostrzegł na ciele osutkę, o ile sobie przypomnieć może, początkowo na prawéj ręce usadowioną; wkrótce jednak wystąpiła ona i w innych okolicach odnóg górnych i dolnych, oraz na tułowiu. Osutka żadnego niepokoju choremu nie sprawiała, z wyjątkiem nieznacznego swędzenia podczas pocenia się chorego.

Badanie przedmiotowe dało wyniki następujące: chory wzrostu wysokiego, układ kostny i mięśnie prawidłowo i dobrze rozwinięte, odżywienie zadowalające, aczkolwiek podściółka tłuszczowa nie zbyt obfita. Narządy wewnętrzne zdrowe. Ze strony układu nerwowego nie spostrzeżono przy badaniu widocznych zmian. Skóra dość ciemno zabarwiona. Włosy ciemnopłowe.

Na rozmaitych okolicach skóry spostrzegamy osutkę, z plamek i guzków złożoną; plamki i guzki wymienione rozsiane lub w nieprawidłowego kształtu gromadki, blaszki oraz długie pasma ułożone. Plamy kształtu okrągłego wielokątne, barwy szaréj z ciemną obwódką i zagłębioną powierzchnią, która przytém z lekka się łuszczy. Guzki zaś płaskie, nieznacznie nad powierzchnię skóry wyniosłe; niektóre (podobnież jak i plamy) posiadają zagłębiony środek barwę guzki mają różowo szarawą, powierzchnię zaś gładką, niełuszczącą się. Najświeższe guzki rozsiane są w okolicy nadgrzebieniowéj prawéj i koło dolnego kąta prawéj łopatki. Jest tu ich niewiele i mają wejrzenie okrągłych nawpół kulistych, wielkości ziarnka konopi guziczków, suchych, matowych, niełuszczących się na powierzchni swéj. Na czole w okolicy szyjnéj, prawego obojczyka i na skórze zgięcia łokciowego prawego, pachy téjże strony, lewéj powierzchni worka moszen, w górnéj części powierzchni przedniéj uda lewego i na pośladku prawym spostrzega się osutka z drobnych okrągłych i wielokątnych matowych guzków i plamek fioletowéj barwy złożona; guzki i plamy w okolicach wymienionych rozsiane, skupiają się w wielu miejscach tworząc różnéj wielkości i kształtu rozmaitego gromadki, w których pierwiastków osutki rozróżnić nie trudno; miejscami zaś układają się w większe blaszki i nieprzerwane powierzchnie, przybierające kształt najrozmaitszych deseni, różyczek i innych postaci. Wymienione blaszki i przestrzenie na powierzchni swéj przedstawiają gdzie niegdzie uwarstwienie drobnéj szarawobiałéj suchéj łuski, cokolwiek do mączki podobnéj.

Na skórze w okolicy lewego guza czołowego usadowiona jest smuga podłużna, na cal długa, ukośnie z góry na dół dążąca, z powierzchnią suchą szarofioletowéj barwy cokolwiek zagłębioną.

Na skórze ramienia prawego daje się zauważyć smuga podłużna prawie równolegle w stosunku do osi odnogi usadowiona. Smuga ta rozpoczyna się w okolicy naramiennéj i dąży ku dołowi w kierunku linii środkowéj powierzchni zgięcia ramienia prawego, szeroka u góry na pół cala. Smuga ta zwęża się cokolwiek ku dołowi i zakończa się nieco niżéj od miejsca przyczepu mięśnia trójkątnego do grzebienia kości ramieniowéj. Smuga ta barwy szarofioletowéj, ściśle jest odgraniczoną od sąsiedniéj zdrowéj skóry brzegiem wijącym się zygzakami zaokrąglonemi cokolwiek podobnemi do rysunku brzegów lądu, jaki zwykle widzimy na mapach jeograficznych. Powierzchnia pasma jest suchą i niby mąką obsypana, a to w skutek nagromadzenia się drobnéj białawoszaréj łuski. Już z kształtu brzegów omawianego pasma wnioskować należy o powstaniu jego w skutek złączenia i zespolenia się licznych guzków, co się jeszcze bardziéj potwierdza przez napotykanie na sąsiedniéj niedotkniętéj skórze rozsianych lub w kępki zgromadzonych guzków i szarych wklęsłych plamek. Pasmo miejscami się przerywa i tam bywa zastąpionym przez gromadki guzków i plamek, połączonych w małe kształtu nieregularnego blaszki (*plaques).* Z ramienia pasmo to przechodzi na powierzchnię wewnętrzną przedramienia, po którego stronie przegubowéj ciągnie się od góry ku dołowi. Pasmo składa się z rozmaitéj wielkości i kształtu kępek i gromad, powstałych z połączenia guzków i plamek; wązkie z początku pasmo na przedramieniu usadowione rozszerza się nieco niżéj środka przedramienia i przenosi się z linii środkowéj na stronę sprychową jego. W tém miejscu spostrzegają się dwie większe blaszki kształtu nieprawidłowego, obok których w około rozrzucone pojedyńcze i w mniejsze gromadki zebrane guzki płaskie napotyka się. Ciąg dalszy osutki u dołu przedramienia stanowi pasmo, dążące ku dołowi po stronie sprychowéj dłoni i palucha prawego. Pasmo to na cztery linije szerokie, a długie na trzy cale,

ma wejrzenie chropowatéj szarawobiałéj wyniosłości na skórze z powierzchnią, pokrytą grubą warstwą zrogowaciałego gdzie niegdzie przyskórka.

Skóra dłoni prawéj i grzbietu prawéj stopy przedstawia rozsiane pojedyńcze guzki, twarde a suche, wielkości ziarnka prosa, guzki te są przykryte grubą warstwą przyskórka.

Na skórze lewego uda spostrzegamy téż pasmo podobne do usadowionego na odnodze górnéj; nie jest ono wszakże jednolitém lecz przerywając się w wielu miejscach, zastąpionem jest tamże przez gromadki guzków i nieprawidłowe jednolite blaszki. Pasmo to rozpoczyna się na powierzchni przedniéj uda, w tém miejscu, gdzie górna jego część ze średnią schodzą się, kieruje się do góry i na zewnątrz, poczém otacza udo w okolicy krętacza i kończy się w okolicy górnéj lewego pośladka, gdzie spostrzegamy nieprawidłowo ukształtowaną gromadkę, z plam i guzków złożoną. W okolicy lędźwiowéj lewéj spostrzegamy też gromadkę płaskich guzków, w kształcie sierpu ułożoną i stroną wklęsłą na zewnątrz nieco zwróconą. Poniżéj od téj wysypki widzimy nieregularnie owalną, jednolitą blaszkę, w poprzecznéj średnicy mającą 1 ½ cala, w podłużnéj ½ cala. Na skórze okolicy lewego krzyża, jako téż z lewéj strony grzbietu i brzucha skupioną jest wielka ilość drobnych gromadek i plam kształtu rozmaitego, brzegi tych kępek i plam wszędzie są nieco zaokrąglone, regularnemi jednak nie są; pomiędzy niemi, oraz na ich obwodzie rozszerzone płaskie guzki i zagłębione plamki pojedyńcze lub w drobne gromadki skupione. (C. d. n.)

Rühle (Bonn): **Jakie higijeniczne zarządzenia wynikają z nowych badań nad gruźlicą?**

(Treść wykładu mianego w dolnoreńskiém Stowarzyszeniu dla higijeny publicznéj).

R. przypomina to, co powiedział jako sprawozdawca w sprawie gruźlicy na drugim Zjeździe klinicystów wewnętrznych w Wiesbadenie, iż dużo jeszcze wody upłynie, zanim przejmiemy się odkryciem Kocha, zanim nauczymy się wyprowadzać z niego przyczyny, objawy i leczenie gruźlicy. Rychło wprawdzie po wszelkich odkryciach pojawiają się hipotezy na nich oparte, ale nie o nie idzie, ale o prawdę, a do niéj dotrzeć trudniéj. I co do zapatrywań na gruźlicę jako chorobę zakaźną w skutek prątków Kocha, zanim dotrzemy do prawdy, wiele zapewne jeszcze błądzić będziemy, gdy zaś idzie o ważne zarządzenia, to one na ugruntowaném doświadczeniu opierać się winny a doświadczenia takiego brak nam jeszcze. Na pytanie zatém co do zarządzeń wynikających z nowszych badań nad gruźlicą stanowczéj odpowiedzi dać nie można, w szczególności brak nam podstaw do zarządzeń policyjno-lekarskich, podać zaś można jedynie wskazówki do zarządzeń więcéj natury prywatnéj.

Przy zarządzeniach liczyć się nam wypada z jednéj strony z niezwykłém rozszerzeniem się przyrzutu w ustroju ludzkim i zwierząt ciepłokrwistych, oraz z od dawna uznawaną dziedzicznością,—a z drugiéj strony z przeszczepianiem grzybka gruźliczego. — Podstawę nowszych zapatrywań stanowi pojęcie o wnikaniu grzybka swoistego i rozwój tegoż, jak również zdanie, że wszystkie okoliczności, które od wieków za przyczynę suchot poczytywano, stanowią, co najwyżéj, momenta usposobiające do usadowienia się i rozwoju grzybka, które jednak bez przystępu grzybka nigdy gruźlicy wytworzyć nie są w stanie.

Z możności szczepienia wynika atoli jeszcze jedno, a mianowicie usposobienie do przyjęcia się zaszczepionego przyrzutu, konieczność trafienia na grunt przyjazny, bez którego nawet wniknięcie grzybka choroby wywołać nie zdoła.

Obok dwu punktów głównych, wniknięcia grzybka i odpowiedniego gruntu do jego rozwoju, jako trzeci ogólny punkt przytoczyć wypada dziedziczność. Czy polega ona na przejściu grzybka, czy téż sprzyjających rozwojowi jego warunków lub na obu tych okolicznościach, nie wiemy, ale ogólnie przyjętém jest mniemanie o dziedziczności suchot, które tém mniéj pomijać można, że z niego wyprowadzać się dają praktycznie ważne wnioski. Chcąc coś przedsiębrać przeciw gruźlicy przedewszystkiem poznać wypada, gdzie tkwią grzybki, któremi drogami wnikają do ustroju ludzkiego, jakie okoliczności rozwojowi ich sprzyjają a w jakich grzybki się nie udają?

W tym względzie wiemy najpierw, że grzybki tkwią w samych gruzełkach oraz w wytworach ich, a więc w gruźlicą dotkniętych ludziach i zwierzętach, i że dostają się na zewnątrz z wszelkiego rodzaju wydzielinami, szczególniéj przy kaszlu ludzi dotkniętych chorobą płuc. Pewném jest również, że grzybki takie poza ustrojem w zupełnie nawet zasuszonym stanie długi czas, nawet miesiące, zachowują skuteczność i zaszczepione gruźlicę wywołać są w stanie. Na pytanie, w jaki sposób grzybki u chorych osób i zwierząt dostają się do otoczenia, wyczerpującéj odpowiedzi dać nie można. Mogą one być zawarte w napozór nieznacznéj wydzielinie ropnéj z ucha, chorego gruczołu, kości, chorego miejsca na skórze i udzielić się wszystkiemu, z czém się zetkną i zostać daléj zawleczone. Co do gruźlicy zwierząt, to na uwagę zasługuje w tym względzie tak rozpowszechniona i w początkach trudna do rozpoznania perlica. Istotę jéj stanowi także grzybek gruzełkowy, który w ten sposób również szerzyć się może. Najbliższą w tym razie drogę stanowi mleko, co do którego doświadczeniami wykazano, że używanie mleka ze zwierząt perlicą dotkniętych u innych zwierząt gruźlicę wywołać zdoła. Czy i mięso jest szkodliwém, pozostaje do rozstrzygnięcia, na wszelki przypadek z przebywaniem przy takich zwierzętach i rozszerzaniem ich części składowych połączone jest niebezpieczeństwo przeniesienia. I wśród kur jest gruźlica bardzo rozpowszechnioną i od nich udzielić się też może ludziom.

Do jakiego stopnia przedmioty, które się z chorymi ludźmi i zwierzętami stykały przejść mogą przyrzutem i stać się źródłem przeniesienia na inne osobniki, dokładnie nie wykazano, ale możliwości zaprzeczyć nie można, że suknie, bielizna (chustki do nosa), łóżka, meble, dywany itp. kryją grzybki gruźlicze i wydawać je mogą. — Ponieważ gruźlica należy do najstarszych chorób rodzaju ludzkiego i rozszerzoną jest na całéj powierzchni, trudno określić gdzie wszędzie przyrzut znajdować się może i zkąd do ustroju ludzkiego wniknąć może. Na pytanie zatém, gdzie znajduje się grzybek gruźliczy? niedokładną tylko odpowiedź dać można.

(Dokończenie nastąpi).

Bougier: **Czy można rozpoznać śmierć przez zanurzenie?**

(Paris. Librairie Ollier Henry 8o p. 155.).

Taki tytuł nosi rozprawa inaug. Bougiera, napisana na podstawie spostrzeżeń z paryskiéj *morgue*, z inicyjatywy proff. Brouardela i Viberta. Kwestyja nierozstrzygnięta, czy można odróżnić zwłoki po śmierci zanurzone w wodzie od zwłok człowieka, który w wodzie śmierć znalazł z utopienia, zajmuje autora i na pytanie to odpowiada autor twierdząco — wyłączając tylko pewne przypadki, w któ-

rych nastała znaczna zgnilizna. W historycznéj części pracy swéj zestawia B. zapatrywania na tę kwestyję prawie wszystkich autorów francuskich i wielu obcych, między innymi Hofmanna, Limana, Belohradskyego i Lessera, ostréj krytyce poddaje zapatrywania ostatniego, wykazując sprzeczność zapatrywań L. z zapatrywaniami wszystkich innych autorów a wreszcie przytacza dosłownie listy najsławniejszych autorów obecnie żyjących, które otrzymał jako odpowiedzi na listowne zapytania swoje co do kwestyi w mowie będącéj: sposób mniéj dotąd używany jakkolwiek odpowiedni w rozprawach naukowych, gdyż niejeden autor zmienia z czasem zapatrywania swoje na pewne kwestyje lub je uzupełnia na podstawie doświadczeń podejmowanych po ukazaniu się odnośnéj pierwotnéj swéj pracy. Pięć pytań zadaje sobie autor i usiłuje z doświadczeń swoich wysnuć odpowiedzi na takowe, a mianowicie: 1) czy wejrzenie zewnętrzne zwłok utopionych różni się od wejrzenia zanurzonych po śmierci? 2) Czy woda i ciała obce dochodzą u jednych lub drugich do krtani, tchawicy, oskrzel nawet odległych, do żołądka i ucha środkowego? 3) Czy na jednych lub drugich zwłokach widzi się pianę wydobywającą się z ust? 4) Czy jest u jednych lub drugich jaka różnica w płynności krwi, wreszcie 5) Czy są cechy na podstawie których możnaby nie wątpliwie rozpoznać śmierć z utonięcia na zwłokach świeżych lub zgniłych? Doświadczenie autora obejmuje spostrzeżenia uczynione na 27 trupach, z tych jednak poddano sekcyi 15 u reszty ograniczono się jedynie do oględzin zewnętrznych i zbadania ucha środkowego. Doświadczalnie dochodził B. na 16 psach topionych i wydobywanych z wody po upływie dnia jednego lub 6, oraz czyniąc doświadczenia kontrolujące na 23 zwłokach osób zmarłych z różnych przyczyn, które zanurzył na kilka godzin w rozczynie 15 grm. fuksyny w 300 litrach wody lub w rozczynie 360 grm. jodku potasu na 350 litrów wody. Po zanurzeniu zwłok w ostatnim rozczynie badał B. kawałki płuc, treść oskrzel i treść żołądka chemicznie, parując wyciąg wodny z kawałków płuc lub treść żołądka, paląc części organiczne i wykazując jod za dodaniem wody chlorowéj i chloroformu, postępowanie uciążliwe, które przecież tak łatwo zastąpić powszechnie używanym rozczynem żelasinku potasu i soli żelazowéj, użytym przez autora w kilku ostatnich doświadczeniach z takim samym rezultatem. Trudno nam się zapuszczać w rozbiór lub nawet streszczenie tych doświadczeń z osobna, ograniczamy się więc do zestawienia krótkiego *resumé* tych dochodzeń, zwracając uwagę, że zawiera ono niektóre szczegóły powszechnie znane. 1) Wejrzenie zewnętrzne utopionych bywa prawie takie same jak zwłok zanurzonych, a jedynie pojawianie się piany charakterystycznéj może mieć znaczenie dyjagnostyczne. B. twierdzi, że piany kształtu charakterystycznego (*champignon de mousse*), drobnobańkowéj, białéj lub różowawéj nie spostrzegał nigdy naokoło ust lub nosa zwłok zanurzanych po śmierci, widział ją jednak czasem, jakkolwiek nie zawsze, na ustach ludzi zmarłych z utonięcia. Niestety widać, zdaniem B., pianę charakterystyczną tylko, dopóki zwłoki są świeże i to tylko przez czas krótki. Skoro tylko zgnilizna pojawi się, widać również pianę lecz już grubobańkową i w skutek tego jeszcze łatwiéj znikającą. 2) Woda i ciała obce dostają się do pierwszych dróg oddechowych obu rodzajów zwłok, lecz gdy u utopionych po śmierci woda i ciała obce dostają się tylko do oskrzel 5go lub 6go rzędu, będąc powstrzymywanemi w dalszym pochodzie przez zgęszczone powietrze, to u zmarłych z utonięcia dochodzą one aż do oskrzel najdrobniejszych. 3) U utonionych nagłośnia ustawiona jest prostopadle, wejście do krtani zupełnie otwarte, u zwłok zanurzanych, dostęp do krtani tylko w połowie jest możliwy. 4) U pierwszych dostaje się woda w większéj ilości do żołądka, co nie następuje nigdy u zwłok zanurzanych, a przekonać się można o tém porównywając płyny wydobyte z oskrzel i żołądka. 5) Toż samo ma miejsce w uchu środkowém, do którego dostaje się woda tylko u ludzi ginących z utopienia. 6) W obec spostrzeżenia, że krew płynną napotyka się oprócz przypadków śmierci z utonięcia, jeszcze w pewnych otruciach gazami szkodliwemi lub makowcem, można za pomocą rozbioru chemicznego lub spektralnie rozpoznać przyczynę śmierci. Widocznie autor nie wie, co obecnie wszyscy inni sądzą o płynności krwi w świeżych zwłokach i kiedy się napotyka ten objaw, gdyż przytacza tylko śmierć z utopienia, otrucia gazami szkodliwemi (jakiemi?) i makowcem, jakby krwi płynnéj nie widywano także i w innych rodzajach śmierci. 7) W obec zgnilizny wszystkie te znamiona stają się niewyraźnemi, lekarz sądowy może jedynie z prawdopodobieństwem orzec, zwłaszcza gdy w skutek zgnilizny jamy surowicze, oskrzelowe i jamy bębenkowe są wypełnione czerwonawą przesączyną gnilną.

Po przeczytaniu téj rozprawy nabiera się wrażenia, jakoby autor nie wiele troszczył się o inne rodzaje śmierci gwałtownéj a z prac autorów niemieckich wiedział tylko o tém, co ma bezpośredni związek z kwestyją, którą się zajmuje. Pomimo tych braków przedstawia B. w téj pracy kilka szczegółów zajmujących, których dotąd nie uwzględniano a naszém zadaniem będzie poddać krytyce jego nowe spostrzeżenia w miarę zdarzającéj się sposobności. *Dr. Schattter.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Pavoy (prymaryjusz szpitala powszechnego w Preszburgu) ogłosił wyczerpującą pracę **o działaniu taliny**, któréj wyniki dają się ująć w następujących punktach: 1) Talina, niebędąca w żadnéj chorobie lekiem swoistym, jest już w małéj dawce znakomitem antipyreticum. 0·25—0·75 ctgrm. wystarczają, aby wysoką ciepłotę obniżyć o 1—4°C. 2) Obniżenie ciepłoty występuje już w $^1/_2$ do 2 godzin po użyciu taliny i trwa od 2—4, rzadko do 8 godzin. Ciepłota po upływie tego czasu szybko się podnosi i podnoszeniu temu zwykle, lecz nie zawsze, towarzyszą dreszcze. 3) Ciepłota ostateczna, jaka nastaje po tych dreszczach, dochodzi zwykle wyższego punktu, niż to miało miejsce przed podaniem taliny. 4) Talina nie ma żadnego widocznego wpływu, ani na tętno, ani na oddychanie. 5) Wydzielanie potu jest zawsze i to zwykle bardzo mocno zwiększone. 6) Talina nie sprawia ani nudności, ani wymiotów, ani zawrotu, ani bólów żołądka, ani szumu w uszach, lecz za to dość często opad sił i sinicę. 7) Talina podskórnie wstrzyknięta, działa silniéj i szybciéj niż *per os* podana. 8) Talina ma nad kairyną tę wyższość, że nieposiadając wszystkich z licznych jéj ujemnych stron, działa pewniéj, chyżéj i działanie jéj trwa dłużéj. 9) Talina nie wywiera żadnego wpływu na przebieg chorób ostrych zakaźnych. 10) Talinę należy podawać we wszystkich tych ostrych chorobach, w których wysoka ciepłota bezpośrednio grozi życiu. Najlepiéj stósować ją podskórnie. 11) U ludzi źle odżywionych trzeba być z taliną ostrożnym i nie podawać jéj więcéj nad 0·20—0·25 ctgrm., *pro dosi.* 12) Poty wywołane taliną można usunąć przez równoczesne podanie atropinu. 13) Talina nie ma żadnego działania niszczącego ciałka czerwone krwi. Autor tłumaczy działanie taliny wpływem jéj na ośrodki ciepłotę regulujące. Czy jednak obniżające ciepłotę

działanie taliny polega na zmniejszeniu wydzielania ciepła, czy téż na zwiększeniu jego promieniowania, nie da sie jeszcze rozstrzygnąć. Prof. Korányi robi w tym kierunku doświadczenia za pomocą odpowiedniego przyrządu termo-elektrycznego. (*Wien. med. Wochenschr.* 1885 N. 50.).

Ω. Bauduy podaje, że podobnie do morfinizmu rozwija się także skutkiem dłuższego używania kokainu **kokainizm**. Autor widział w Nowym Yorku już więcéj takich przypadków i uważa za obowiązek ostrzedz o tém. Kokainizm ma być jeszcze trudniejszym do usunięcia niż morfinizm. (*Annales med. chir.*, 1885).

Ω Harisson poleca następującą **metodę leczniczą w Herpes tonsurans capitis**. Przez dni kilka zmywa się głowę, krótko z włosów obstrzyżoną, słabym rozczynem jodku potasu. Następnie naciera się skórę głowy rozczynem sublimatu w kwasie azotowym (3 gramy $HgCl_2$ na jednę uncyję NO_3H). Działanie tego leczenia polega na wytworzeniu się koło nasady cebulki włosowéj mocno antyseptycznego jodku rtęciowego. Ponieważ NO_3H zabarwia włosy na brunatno, można je po skończeniu leczenia zgolić. Cały czas leczenia wymaga 50 dni. (*Annales méd. chirg.* 1885, Nr. 9).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

V zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 2 maja 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 19.

Przewodniczący zawiadamia, że otrzymał odezwę od Komitetu obywatelskiego, zapraszającą członków Sekcyi Tow. lek. gal. do wzięcia udziału w składce na pomnik dla śp. kol. Dra Żulińskiego, zachęca więc kolegów do przyczynienia się składkami.

1) Z porządku dziennego następuje demonstracyja i objaśnienie przyrządu Limousina, do wywiązywania tlenu i zastósowania tegoż do wziewań przez kol. Dra Widmanna. Przyrząd Limousina, który sprowadził kol. Widmann dla szpitala za zezwoleniem i na koszt Wydziału krajowego, kosztuje 130 franków. Kol. W. demonstruje i objaśnia cały aparat, sposób wywiązania tlenu, sposób wziewania tegoż, i zwróciwszy uwagę na ostrożności, jakie z własnego doświadczenia przy używaniu przyrządu zauważył, podaje, że pierwszym we Lwowie, który stósował wziewania tlenu, był kol. Jasiński. Kol. W. nadmienia przy sposobności, że od czasu odkrycia tlenu przez Priestleya, około połowy zeszłego wieku, zalecał Priestley sam, a za nim cały szereg lekarzy, wziewania tlenu w chorobach piersiowych, w niedokrewności i wielu innych chorobach. W nowszych czasach Demarquay i Lender podnieśli wziewania tlenu znowu i zalecali takowe przy braku tlenu w krwi, lub w celu przyspieszenia i zwiększenia wydzielania kwasu węglowego, lub wreszcie w celu zmniejszenia wrażliwości systemu nerwowego. Kol. W. zastósował wziewania tlenu u chorego z wadą serca, a właściwie z tętniakiem, gdzie było takie przekrwienie mózgu, że chory był nieprzytomny. Prelegent nadmienia o tém umyślnie, bo w dziele Limousina o inhalacyjach tlenu jest właściwie przytoczone, aby tychże nie używać przy wadach serca, a prelegent właśnie z teoretycznego wychodząc stanowiska, zastósował przy wadzie serca i to z jak najlepszym skutkiem. Kol. W. doświadczył sam na sobie, że gdy był znużonym i wdychiwał tlen, czuł się rzeźwiejszym. Poleca więc zastósować wdychiwania tlenu przy osłabieniach, daléj w asfiksyi, zaczadzeniu itp. daléj w stanach, gdzie ukwaszanie ma być zmniejszone.

Kol. Różański dziwi się, że dotąd nie czytał, ażeby zalecano wziewania tlenu w gośćcu, gdzie ukwaszanie także nie jest dostateczne. Kol. W. oświadcza, że aczkolwiek chemiczna literatura tlenu jest obfita, to pod względem patologicznym nie wiele o nim napisano. Zebrawszy więc wskazania co do chorób, uważa prelegent używanie wziewań tlenu z teoretycznego stanowiska przeciw tym chorobom, w których utlenianie jest upośledzone, gdzie więc krew żylna przeważa, za usprawiedliwione, a więc 1) przy wadach serca, gdzie wielka sinica, 2) w chorobach, jak *m. Brighti*, *Diabet. mellit.*, 3) może w *arthritis urica*, 4) w katarach żołądka przy bardzo kwaśnym moczu, 5) u ludzi biedniejszych, którzy nie mogą jechać na świeże powietrze. Kol. Szpilman zwraca uwagę, że okazanego przyrządu Limousina nie można nazwać inhalatorem w ścisłém znaczeniu tego słowa, ludzie tu bowiem wziewają tlen do płuc nie przez nos, lecz przez usta za pomocą trestki, niejako palą go z nargili, a tém samém dostaje się do płuc tlen zmięszany z powietrzem i bardzo rozcieńczony. I z tego już względu nie można się wiele od niniejszego przyrządu spodziewać. Nadto istnieją jeszcze inne względy, które nie bardzo zachęcają do używania tego przyrządu, a mianowicie zapatrywania fizyjologów na tę kwestyję. Z fizyjologii wiadomo, że człowiek dorosły zużywa na dobę około 746grm. tlenu. Z tego przypada na krew tętniczą średnio około 16·9% tlenu co do objętości, a na krew żylną około 6%. Tlen dostaje się w płucach do krwi przeważnie na drodze chemicznéj, łącząc się z hemoglobiną, a ilość tlenu, która może być w płucach pochłoniętą, zależy głównie od ilości hemoglobiny, im więc krew bogatsza w hemoglobinę, tém więcéj może nasycić się tlenem; i w zwykłych warunkach krew tętnicza jest prawie nasycona tlenem (zawiera przeszło 9/10 części). Że na większą zawartość tlenu nawet ciśnienie, pod którém ten gaz znajduje się, nic nie wpływa, wynika z doświadczeń L. Meyera, który wykazał, że ilość tlenu przez krew pochłoniętego pozostaje jednakową przy znacznych nawet różnicach ciśnienia, np. jedna objętość krwi pozbawiona gazu przy 21°C., pochłania 0·092—0·095 objętości tlenu czystego, pomimo że ciśnienie wahało się od 500—800mm. Wiadomo także, że zwierzę w zamkniętéj przestrzeni pochłania wszystek tlen, pomimo że w tym przypadku w miarę ubywania tlenu ciśnienie dla tego gazu zmniejsza się. Ustrój ciała zwierzęcego zdolny jest tak w najwyższych górach, jak i w zbyt nisko położonych miejscowościach, mimo różnicy w ciśnieniu, tę samą ilość tlenu pochłonąć, jeżeli tylko ilość hemoglobiny nie uległa zmianie. Z tego wynika, że ani przez podwyższenie ciśnienia w przyrządach pneumatycznych np. Waldenburga, jak i przez oddechanie zgęszczoném powietrzem, czystym tlenem lub ozonem, nie jesteśmy w stanie ilości tlenu we krwi zwiększyć. Z doświadczeń Regnaulta i Reiseta wynika jeszcze, że zwierzęta ciepłokrwiste przy oddechaniu czystym tlenem nie przyjmują większéj ilości tlenu i nie wydzielają większéj ilości kw. węglowego, aniżeli w powietrzu zwyczajném. Te same wyniki otrzymał P. Bert przy doświadczeniach swoich ze zgęszczoném powietrzem. Nawet w bezdechu ilość tlenu we krwi nie zmienia się, lub tylko bardzo mało (o 0·1%). Z wyłuszczonych tu powodów wziewania tlenu czystego, pomimo tego, że od dawien dawna zalecane w miarę poznania roli tlenu w ustroju i dróg, jakiemi się do krwi dostaje, nie zdobyły sobie znaczenia i słusznie, fizyjologija bowiem nie może nam wyjaśnić, w jaki sposób mogłyby wdechania czystym tlenem i w jakich chorobach działać skuteczniéj niż zwykłe powietrze. Co do zastosowania leczniczego, to można powiedzieć, że wdechania czystém powietrzem, mogą nam oddać tę samą usługę, a wziewania tlenu w ten sposób tylko bardzo nieznaczne mogą przynieść korzyści np. w duszności z różnych przyczyn pochodzącéj, względnie przeładowaniu krwi kw. węglowym i wystąpieniu wyższego stopnia sinicy. Ale i pod tym względem zdania autorów są sprzeczne. Zdaje się jednak, że krew uboga w tlen, np. w duszności, w chorobach organicznych płuc, mogłaby większą ilość tlenu pochłonąć, ale wdechania te nie usuną przyczyny zastoju krwi. Chwilowa ulga jest możebną w innych przypadkach, w których prelegent radzi stosować wdechanie tlenu, nie może kol. Szpilman zgodzić się z prelegentem, gdyż działanie skuteczne nie jest tu wcale udowodnioném, a co do asfiksyi np. przy chloroformowaniu, sądzi, że oddechanie sztuczne jest najważniejszém. Z tych i wyżéj wymienionych powodów nie rokuje kol. Sz., owemu przyrządowi żadnéj przyszłości i zastosowanie tego aparatu, zdaniem jego, będzie bardzo ograniczoném. — Kol. Widmann w odpowiedzi oświadcza, że nadzwyczajnych wyników z wdechiwań tlenu nie spodziewa się, zwraca jednak uwagę, że niejedna już rzecz przedstawiająca się nader korzystnie ze stanowiska teoretycznego, okazała się niekorzystną przy łóżku chorego i zawiodła pokładane w niéj nadzieje w zupełności, a nieraz znowu dzieje się wręcz przeciwnie. Np. ze stanowiska

teoretyczno-fizyjologicznego spodziewano się bardzo wiele od aparatów Waldenburga a nawet rozpowszechniły się wszędzie, a w krótkim czasie znikły zupełnie z widowni, zawiódłszy oczekiwania i teraz tylko jako zabytki prędko przebrzmiałéj sławy stoją na pamiątkę po muzeach lub zbiorach. Co do wziewań tlenu zaś, to ponieważ te przyniosłszy choremu ulgę wielką, a więc przy łóżku chorego w nader ciężkim przypadku okazały się nader korzystnemi, poleca takowe kolegom do stosowania i zbierania doświadczeń pod tym względem, aby można orzec o nich na mocy doświadczeń coś pewniejszego.— Kol. Laskiewicz zapytuje, czy prelegent nie sądziłby za stosowne i pożyteczne polecić wziewania tlenu w zadumie osłupnéj, na co prelegent radzi, żeby kol. Laskiewicz spróbował w zakładzie kulparkowskim wziewań i podzielił się potém zebranemi doświadczeniami z kolegami. — Kol. Merczyński przypomina, że w szpitalu św. Zofii wywiązywano nawet ozon, aby oczyścić powietrze w uzupełnieniu niedostatecznéj wentylacyi, ale to nic nie pomagało, zapytuje więc, czy tlen nie byłby pożytecznym. — Kol. Laskiewicz oświadcza, że widział gdzieś lampkę wentylacyjną Jaegera w szpitalach za granicą, aby uzupełnić wentylacyję i oczyścić powietrze, lecz urządzenie téj lampki trzyma wynalazca w tajemnicy, na co kol. Pawlikowski odpowiada, że w lampce téj pali się terpentyna ze spirytusem i odświeża powietrze w miejscach nie dobrze wentylowanych. Wiadomo bowiem, że olejek terpentynowy itp. ulatniając się, oddają tlen i zamieniają go nawet w ozon i w ten sposób odświeżają powietrze. Kol. Widmann przypomina, że wiadomo, iż tlen orzeźwia organizm ludzki i zwierzęcy, sam zresztą doświadczył tego na sobie, i raz tylko, gdy tlen nie był należycie oczyszczony, dostał po wdychiwaniach odbijania. Kol. Wiktor odpowiada jeszcze dodatkowo kol. Szpilmanowi, że istotnie w zwykłych warunkach obejmuje krew tętnicza tylko około 17% objętości tlenu, a krew żylna około 6% i że więcéj objąć nie może *(Eupnöe)*. Jeżeli jednak nastąpią warunki niezwykłe i z jakichkolwiekbądź powodów wystąpi bezdech, duszność lub zamartwica, sinica itp., to nie dostaje tedy krwi tlenu do owych 17% objętości, może nastąpić równocześnie większe lub mniejsze przeładowanie krwi kw. węglowym z innych powodów, bo brak tlenu we krwi sam nie wpływa na zwiększenie lub zmniejszenie wydzielania kw. węglowego, daléj ciśnienie krwi wzmaga się, doprowadzenie więc wtedy tlenu do krwi za pomocą wziewań powinno być skutecznem, bo wtedy mniéj lub więcéj tlenu krew szybko pochłonie, aż się mniéj lub więcéj należyta ilość tlenu we krwi nagromadzi i sprawa okwaszania się w ciele wyrówna, jak to zresztą po części kol. Szpilman sam przyznaje. Również zauważa kol. Wiktor, że większe lub mniejsze ciśnienie, nie może być obojętném dla sprawy chłonienia tlenu przez krew, wiadomo bowiem, że w skutek zmniejszenia ciśnienia powietrza, a więc i zmniejszenia napięcia tlenu, jak się to np. przy wznoszeniu w wysokie warstwy powietrza balonem lub na wysokie góry dzieje, nie może być z każdym wdechem ta sama (normalna) ilość tlenu do krwi doprowadzoną, i występuje duszność, przyznać jednak należy, że się można do tych warunków przyzwyczaić. — Kol. Szpilman zgadzając się z wywodami kol. Wiktora, nadmienia, że w takich warunkach nie trzeba koniecznie szukać tlenu do wziewań, bo zwykłe powietrze na to zupełnie wystarcza. Tak samo sądzi, że zamiast używać tlenu do czyszczenia powietrza sal chorych przy niedokładnéj wentylacyi, więcéj zdziała wprowadzenie powietrza drzwiami lub oknami, gdy się je otworzy. Co do lampek nadmienia, że olej terpentynowy i niektóre olejki eteryczne istotnie odświeżają nieco powietrze w ten sposób, że pod działaniem światła chciwie przyciągają tlen i zamieniają go na ozon, który, jak to w swoim czasie przekonał się kol. Szp., zabija bakteryje gnilne, wstrzymuje ich ruch itd. a po części działa ozon w ten sposób, że utlenia produkty rozkładowe, powstałe przy gniciu i zanieczyszczające powietrze, zamieniając je na inne, mniéj dla zdrowia szkodliwe. — Kol. Prezes zwraca jeszcze uwagę na doświadczenia dokonane w pracowni prof. Ludwiga z nerkami psiemi. Nerki wycięto a ilość mocznika we krwi nerek nawet zwiększyła się, mimo że tlen do krwi wtedy już się nie dostawał przez płuca, nie sądzi więc, aby wziewania tlenu w *arthritis urica* mogły wpłynąć na zwiększenie wydzielania mocznika.

Dr. Wiktor.

Sprawozdanie z posiedzenia Członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 6 listopada 1885.

Obecni koledzy: Świderski przewodniczący, Zielewicz, Kapuściński, Koszutski, Koehler, Święcicki, Jerzykowski i sekretarz.

Kol. Koszutski podaje, iż spotyka się obecnie ze zimnicą, różnemi chorobami gardła a mianowicie dyfteryją, a nie rzadko także i z różą i to w postaci wędrującéj. — Kol. Zielewicza uderzyło nader częste pojawianie się téj choroby na chirurgicznym oddziale Zakładu Sióstr Miłosierdzia, a mianowicie w postaci róży tkanki łącznéj (*erysipelas phlegmonosum*) i przytacza przypadek, gdzie mimo zupełnie prawidłowo wykonanéj operacyi wytworzenia wargi powstała róża na nodze, która wymagała licznych nakłóć. — Kol. Wicherkiewicz zauważył w zeszłym roku, że chorzy umieszczeni w większéj sali drugiego piętra jego zakładu ocznego, dostawali róży i to tacy częstokroć, u których żadnéj poprzednio nie wykonano operacyi. Salę więc tę przed półrokiem wypróżniwszy, kazał sposobem Koeniga wykadzić za pomocą sublimatu a następnie siarki, a od tego czasu nowe przypadki nie pojawiły się. — Kol. Koszutski widząc w r. 1864 w Wiedniu zastósowany przeciw téj chorobie lód, chciał równie postępować, nie mógł jednak sposobu tego dla uprzedzenia publiczności w dostatecznych rozmiarach przeprowadzić. Następnie wspomina o sposobach leczenia, któremi się kieruje, podnosząc, że tam, gdzie już chory różę raz przebył, stosuje środki dawniéj już przez pacyjenta ze skutkiem używane, najczęściéj posypuje octanem ołowiu, albo téż wstrzykuje podskórnie karbol. — Kol. Zielewicz nadmienia, iż przez Fehleisena stwierdzoném zostało, że różę wywołują mikroby, dla tego téż endermatyczne leczenie, a mianowicie zastrzykiwanie podskórne, zupełnie jest na czasie. — Kol. Koehler sądzi, iż z choremi trzeba walczyć, na lód się nie zgadzają a mniéj jeszcze przystają na zastrzykiwania, to téż ucieka się do łagodniejszego środka, a jest nim mięszanina z kwasu karbolowego z terpentyną w stosunku 1:25, którą pociera miejsca dotknięte różą. — Kol. Jerzykowski pędzluje kwasem karbolowym i nie widział ani jednego przypadku śmierci. — Kol. Wicherkiewicz posypuje na miejsce dotknięte różą jodoform sproszkowany, a następnie pokrywa grubą warstwą waty; w róży wędrującéj pędzluje aż po za granicę róży kleiną jodoformową albo téż eterem jodoformowym, a następnie także watą pokrywa miejsce dotknięte. Tego samego sposobu używa także kol. Kapuściński, który próbował dawniéj balsamu peruwiańskiego z oliwą, ale z mniéj korzystnym skutkiem.

Kol. Świderski miał odczyt „o cukrzycy“. Po krótkim historycznym wstępie omawia kazuistykę z wieloletniéj swéj praktyki przyrzekając naukową część wykładu wygłosić na następném posiedzeniu.

Kol. Wicherkiewicz rozwodzi się nad chorobami oka, występującemi pod wpływem cukrzycy. Według Seegena w 2/3 części przypadków cukrzycy pojawiają się zboczenia przyrządu wzrokowego, co stanowczo zdaje się być przesadzoném, lubo nie można zaprzeczyć, że przyrząd ten nie rzadko ulega wpływom choroby rzeczonéj. Zboczenia dotyczyć mogą rozmaitych części i czynności oka. I tak często widzimy akomodacyję znacznie się zmniejszającą, a Horner przytacza nawet przypadek, w którym i refrakcyja oka uległa zmianie, co jeżeli istotnie przypuścimy, odnieść wypada do postaci gałki zmienionéj pod wpływem większéj lub mniejszéj zawartości płynów. Najwięcéj uderzającą, a tém samém i najwięcéj znaną, zmianą oka w przebiegu cukrzycy jest zaćma, któréj powstanie tłumaczą jedni charłactwem cukrzycowém, inni ubytkiem części wodnych wreszcie Frerichs i Lohmeyer wpływem chemicznym. Według ostatniego przypuszczenia zamienia się cukier zawarty w płynie wodnym przedniéj komórki na kwas mleczny, który soczewkę wpływem swym zaciemnia. Najwięcéj zdaje się być wyszukaném ostatnie przypuszczenie, gdyż pomijając już tę okoliczność, że ilość cukru, jeżeli go w ogóle w płynie wodnym znaleziono, nadzwyczaj jest małą, w razie słuszności teoryi musiałyby najprzód zaciemniać się warstwy leżące pod samą torebką, co sprzeciwia się właśnie zrobionym spostrzeżeniom, że najczęściéj soczewka w głębszych warstwach zdradza początkowe zaćmienia. — Obok soczewki ulega wpływom cukrzycy siatkówka, a zapalenie téj błony odznacza się w takich razach znacznem wynaczynieniem. Częstokroć powstają także zaćmienia ciała szklanego, wywołane pęknięciem naczyń siatkówkowych lub naczyniowkowych. Mniéj uderzające lubo nie-

mniéj rzadkie są zboczenia nerwu wzrokowego, objawiające się jużto jako osłabienie wzroku środkowego, jużto jako ograniczenie pola widzenia, plamy w polu i widzenie połowiczne Czasem zboczenia te odzwierciadlają się widocznie na nerwie wzrokowym, lecz daleko częściéj żadnych zmian w oku dostrzedz nie podobna; nie mogąc wyśledzić innéj przyczyny tych zboczeń, częstokroć obwiniać nam trzeba cukrzycę, która jednak częstokroć tak samo jak i cierpienie oczne tą samą może być wywołana przyczyną, dość wspomnieć tylko o naroślach, stwardnieniu mózgu i mlecza pacierzowego itd. Z innych części przyrządu wzrokowego ulegają wpływom choroby cukrowéj mi nie poruszające gałkę, ściągacz źrenicy, naprężacz naczyniówki i mięsień unoszący powiekę, co za sobą pociąga najrozmaitsze porażenia. Lecz wszystkie te cierpienia mogą zarówno z cukrzycą być tylko współobjawami innego cierpienia. To też słusznie Foerster zauważa, że pod tym względem szerokie pozostaje bystremu badaczowi pole do ścisłego rozpoznawania choroby głównéj, tém bardziéj, że objawy oczne nie przedstawiają tutaj nic znamionującego.

Kol. Koszutski, który przed kilku laty równocześnie prawie liczne spostrzegał przypadki cukrzycy, przekonał się, że zimnica wywołała raz cukrzycę; zwraca przytém uwagę, że woń z ust chorego pochodząca ułatwia czasem rozpoznanie choroby, w innych zaś razach naprowadza na nią wyprysk jakotéż świąd sromny. Co do środków leczniczych podnosi działanie przetworów makowcowych. — Kol. Koehler naprowadzony był na rozpoznanie cukrzycy uwagą choréj, że muchom ognać się nie może. Cukrzyca wywołuje także zapalenia ucha, a mianowicie środkowego z martwicą kości sutkowéj, a daléj wyprysk małżowiny. Gardło w ogólności nie przedstawia żadnych powikłań w cukrzycy. — Kol. Jerzykowski nie podziela zapatrywań prelegenta co do rokowania, jakoby ono dawało czasem nadzieję wyzdrowienia; w jednym tylko przypadku widział, że cukrzyca ustąpiła. — Kol. Wicherkiewicz sądzi, że zniknięcie cukru z moczu nie jest bynajmniéj znamieniem ustąpienia choroby, gdyż wiadomą jest rzeczą, że cukier pod wpływem leczenia, a więcéj jeszcze dyjety, na czas jakiś może zniknąć, aby po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu znowu się pojawić. Znane mu są przypadki, gdzie cukrzyca 20 lat była leczoną, wśród któregoto czasu pod wpływem kuracyi rozmaitych cukier znikał i znowu się pojawiał. — Kol. Swiderski nie stawia bynajmniéj prognozy absolutnéj, jest atoli przekonanym, że choroba w mowie będąca może niekiedy być wyleczoną. Obok dyjety najważniejsze są kuracyje w Karlsbad-Neuenahr i Vichy. Co do makowca zgadza się, iż środek ten chwilowo cierpienie złagodzić może, przedłużając jednakże takowe. — Kol. Koszutski przypomina sobie chorą, która cierpiała na silny wyprysk, sprawiający jéj najprzykszejsze dolegliwości. Makowiec usunął takowe, a suchy sposób leczenia wyprysku i Karlsbad dokonały reszty. — Kol. Swiderski widział przypadek, gdzie po usunięciu wyprysku cukrzyca sama ustąpiła.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 38,2. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (3 z. t.): z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z gruźlicy 13 (8 z. t.): z zapalenia płuc 10 (5 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 1 krztuśca i 1 duru brzusznego. W tygodniu od 17—23 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 3, w Wiedniu 10, w Budapeszcie 21, w Pradze 2, w Rzymie 4, w Wenecyi 7, w Genewie 1, w Zurychu i Paryżu po 6, w Odesie 4. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Poznaniu i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Petersburgu 15, w Paryżu 12, w Hamburgu 8. Z odry umarło w Budapeszcie 21, w Paryżu 23, w Londynie 49, w Amsterdamie 24. Z płonicy umarło: w Hamburgu 9, w Petersburgu 22. Z błonicy umarło: w Warszawie 14, w Berlinie 40, w Hamburgu 9, w Lipsku 10, w Paryżu 47, w Londynie 31, w Chrystyjanii 14. Z krztuśca umarło: w Warszawie 6, w Londynie 94. Z cholery umarło od 8—15 stycznia w Audienne i Donarnenez 1, względnie 10, a zachorowało 8, względnie 47.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,6; w Warszawie 34,1; w Poznaniu 29,8; w Brodach 22,7; w Drohobyczu 38 7; w Kołomyi 33,1; w Przemyślu 29,1; w Stanisławowie 5,1; w Tarnopolu 34,8; w Tarnowie 26,1; w Wiedniu 27,1; w Lincu 40,3; w Salcburgu 30,8; w Gracu 30,6; w Tryjeście 32,?; w Insbruku 39,4; w Pradze 40,7; w Bernie 28,8; w Ołomuńcu 23,2; w Opawie 34,9; w Berlinie 27,7; w Budapeszcie 32,5; w Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 25,3; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 26 9; w Bazylei 17,0; w Brukseli 31,1; w Chrystyjanii 27,6; w Genewie 28,1; w Kopenhadze 16,2; w Londynie 21,9; w Odesie 34,8; w Paryżu 27,3; w Petersburgu 33,1; w Rzymie 28,9; w Stokholmie 25,5; w Wenecyi 36,2; w Zurychu 25,8.

J. I.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 lutego. Reakcyja przeciw obowiązującym obecnie przepisom o studyjach lekarskich staje się coraz większą, w miarę, jak coraz bardziéj okazuje się, że przepisy te nie odpowiadają celowi. Podczas gdy z postępem nauki a zwłaszcza gałęzi jéj specyjalnych pięciolecie nierównie mniéj aniżeli dawniéj wystarcza dla ucznia do zapoznania się z poszczególnemi dziedzinami umiejętności lekarskich, faktem jest pewnym, że student obecnie nie lat 5, lecz tylko 3 lata poświęca medycynie; jeden rok bowiem schodzi na naukach przyrodniczych, a raczéj na przygotowaniu się do egzaminów t. zw. wstępnych, drugi zaś rok poświęca się obowiązkowi wojskowemu, który to rok również jest stracony w zupełności, albowiem państwo nie ma korzyści ze służby adepta medycyny, ostatni zaś ze służby téj również mało wynosi pożytku dla przyszłego swego zawodu. Jeżeli zaś kwestyja, co począć z naukami przyrodniczemi, jest zasadniczą i wymaga dojrzałego zastanowienia się, to pytanie co do służby wojskowéj dałoby się snadnie rozstrzygnąć z równą korzyścią dla państwa i jednostek, gdyby uczniowie medycyny nabyli prawa służenia w wojsku dopiero po otrzymaniu stopnia akademickiego, w którym to celu jednak wypadałoby termin najdalszy do wstąpienia do służby wojskowéj oznaczyć na rok 30ty a nie 27my, jak dotychczas. Téj treści wniosek uczynił dep. Dr. Wiedersperg d. 28 stycznia r. b. w Radzie państwa. Nie przesądzamy rezultatu tego wniosku, ale sądzimy, że byłby czas, aby Rząd poddał ściśléj rewizyi całą ustawę a nie poszczególne jéj przepisy, a przystępując do takiéj rewizyi wypadałoby, aby poprzednio zasięgnął zdania wszystkich Wydziałów lekarskich.

○ Poniżéj podajemy konkurs rozpisany przez Zarząd Akademii Umiejętności o stypendyjum w ilości 1000 złr. na wyjazd za granicę dla kandydata, który w Uniw. krak. otrzymał stopień naukowy, na który to konkurs zwracamy uwagę interesowanych.

* **Praga czeska** 8 lutego. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých“ okazał Dr. Zdeborský przypadek 1) *Kystolipoma fibrosum* u kobiety 36-letniéj, usadowiony w sutku lewym, z drobném rozsianiem po całéj skórze. 2) *Angiom* na głowie u 1 miesięcznego dziecka zajmujący całą lewą połowę głowy. Następnie demonstrował prof. Hlava preparaty tętniaka *arteriae basilaris* wielkości orzechu włoskiego, usadowionego w miejscu odejścia tętnicy głębokiéj mózgu. Tętniak ten wchodził pod *corpora quadrigemina*, uciskał prawe *crus cerebri* i n. okoruchowy i wywołał *hydrocephalus int.* znacznego stopnia z zanikiem istoty mózgowéj. Przypadek ten dotyczył 25-letniego kolegi, który przebył przed laty kiłę i zmarł wśród objawów porażenia opuszkowego z ogłupieniem jako objawem zaniku istoty mózgowéj. Wreszcie 3) Dr. Pečirka, asystent kliniki chorób skórnych, okazał chorego 14 letniego chłopca z *Xeroderma pigmentosum* i omówił obecny stan nauki téj choroby. *Dr. Obrzut.*

* **Szwajcaryja**. W Grand-Sacconex w kantonie genewskim odsłonięto pomnik dla zmarłego w r. 1762 oftalmologa francuskiego Jakóba Daviela; na pomniku umieszczono napis: *Post tenebras lux, Jacques Daviel 1696—1762, Chirurgien et Oculiste qui le premier guérit la catarracte par extraction.*

* **Konstantynopol**. Na przyszły sierpień „*Syllogue* grecki“ tutejszy zwołuje *Congrès scientifique*, na którym mają być tra-

ktowane i rzeczy dotyczące trądu na Wschodzie, wpływu wody do picia na zdrowie mieszkańców, śmiertelność noworodków w Turcyi w skutek braku mleka u matek, nazwy roślin i zwierząt w porównaniu do starej nomenklatury greckiéj, ślepi i przyczyny ślepoty na Wschodzie i środki przeciwgnilne starożytnych. Do prac kongresu będzie także należeć filologija, archeologija itp. Prace powinny być przesyłane pod adresem p Heraklesa Basiadesa, prezydenta Syllogu. *Dr. Jabłonowski*

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Praga**. Prof. okulistyki Sattler z Erlangi powołany został jako następca Hasnera. — **Manchester**. W miejsce prof. Gamgee mianowany został profesorem fizyjologii w Owens College prof. Stirling z Aberdeenu. — **Zurych** Prof. Horner z powodu schorzałości zrezygnował z katedry okulistyki.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarzem starszym w rezerwie mianowany Dr Aleksander Kocay w Krakowie, lekarzem zaś starszym w armii czynnéj Dr. Bogumił Bieńkowski w szpitalu garnizonowym we Wiedniu

* **Nekrologija**. W Stokholmie umarł prof. Santesson w 76 roku życia, w Monachijum prof. fizyki Beetz, w Paryżu członek Akademii lek. Julijusz Guérin w 85 roku życia, w Nowym Yorku prof. Draper, w Wiedniu Dr. Pleischl, b. asystent i szwagier Oppolzera, w Pradze Dr. Goschler.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 6: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Heringa: O niektórych zaburzeniach nerwowych, towarzyszących cierpieniom gardzieli; Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (dok.).

Redakcyja otrzymała.

Prof. Dr. JURASZ: Ein verhorntes Papillom des Kehlkopfes. (Odbitka z „Berl. klin. Woch.“ 1886) in 8vo str. 6.

Tegoż: Casuist. Beiträge zur Lehre v. d. Anomalien der Gaumentonsillen. (Odbitka z „Monatss. f. Ohrenh.“) in 8vo str. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 lutego b. m. o godzinie 6téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) odbędzie się dyskusyja nad odczytem mianym na przeszłém posiedzeniu, poczém 2) prof. Mikulicz będzie miał rzecz o chirurgicznem leczeniu otoku ropnego jamy Highmora z demonstracyją.

We środę dnia 17 b. m. o godzinie $5\frac{1}{2}$ wieczór (t. j. przed posiedzeniem Towarzystwa Lekarskiego) odbędzie się w Sali Akademii Umiejętności ogólne doroczne Zgromadzenie Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które szanownych Członków i Prenumeratorów Wydawnictwa zapraszam. *Prof. Dr. Korczyński.*

Do Nru dzisiejszego dołącza się prospekt na Pamiętnik Tow. lek. warsz.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Stosownie do uchwały Zarządu Akademii Umiejętności (z 26 listopada 1883) którego rozporządzeniu śp. pani Aniela Radzimińska powierzyła fundusz stypendyjny, przypada na rok obecny stypendyjum (co lat pięć rozdawać się mające) w ilości 1000 (tysiąc) zł. w. a., a przeznaczone dla kandydata, który otrzymawszy w Uniwersytecie krakowskim stopień naukowy pragnąłby dopełnić w pewnym kierunku szczegółowym naukę za granicą. Zasiłek ten wypłacać się będzie w ratach półrocznych. Po upływie półrocza kandydat będzie obowiązany zdać Akademii sprawę z swoich studyjów.

Podania wnosić należy do kancelaryi Akademii Umiejętności do dnia 15 marca 1886 r. włącznie.

W Krakowie 5 lutego 1886 r.

St. Tarnowski.
Sekr. jeneralny Akademii.

Dr. Medycyny kawaler jest potrzebny na małe miasteczko. O bliższą wiadomość uprasza się zgłosić pod literami K. S. do Administracyi Przeglądu Lekarskiego.

L. 69.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém konkurs.

Z tą posadą połączona jest płaca roczna 300 do 500 złr. wedle umowy, wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło. Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich względnie doktora medycyny i chirurgii. Kompetentom stanu wolnego da się pierwszeństwo przy obsadzeniu téj posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do końca Lutego 1886

Przełożeństwo zboru izraelickiego.

Lwów dnia 18 Stycznia 1886.

KONKURS.

Komitet Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie rozpisuje konkurs na posadę drugiego sekundaryjusza przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci z wynagrodzeniem rocznem 400 złr.

Posada niniejsza nadaną zostanie na lat dwa; ubiegający się o nią PP. Doktorzy wszech nauk lekarskich składać mają podania do dnia 20 Lutego 1886 w kancelaryi Dyrektora szpitala św. Ludwika.

Z Komitetu szpitala św. Ludwika.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 20 lutego 1886. **№ 8.** Rok XXV.

I. W sprawie pierwszeństwa pomysłu osteoplastycznéj resekcyi stopy.

Napisał prof. J. Mikulicz z Krakowa.

Kiedy we wrześniu 1880 po raz pierwszy wykonałem osteoplastyczną resekcyję stopy, byłem najmocniéj przekonanym, że przedemną nikt o podobnéj typowéj operacyi nie myślał, a témbardziéj takowéj nie wykonał. Przeglądając dokładnie literaturę, znalazłem wprawdzie cały szereg opisanych przypadków, w których wykonano rozległe resekcyje w zakresie tylnych kości stopy; dokładny opis tych operacyj był celem pracy Kapellera *(Über grosse atypische Operationen am Fusse. Deutsche Zeitschrift f. Chir., XIII, 432)*, która się właśnie w tym czasie pojawiła. Wszystkie te jednak operacyje były nie typowe; stosunki każdego pojedynczego przypadku wymagały takowych, a miały one tylko tyle wspólnego, że operowany miał chodzić całą podeszwą a operowana stopa zatrzymywała charakter fizyjologicznéj ludzkiéj stopy. Przeciwnie operacyja przezemnie podana charakteryzuje się ściśle 1) cięciem dla wszystkich przypadków typowém, 2) przeniesieniem płaszczyzny chodu z całéj podeszwy na główki kości śródstopia i palców, w skutek czego chory po operowanéj stronie na palcach chodzi. Podobnéj myśli nie znalazłem w literaturze znanych mi europejskich języków a zwłaszcza ani w rocznikach Virchowa i Hirscha ani téż Schmidta. Miałem więc zupełne prawo operacyję tę za mój pomysł uważać.

Umocniłem się tylko w mojém przekonaniu, gdyż się nikt nie sprzeciwił temu po pierwszem mojém ogłoszeniu w archiwie klinicznéj chirurgii Langenbecka *(Eine neue osteoplastische Resectionsmethode am Fusse. Archiv f. klin. Chir., XXVI, Heft 2)* i po przedstawieniu pierwszego operowanego przypadku w towarzystwie lekarzy wiedeńskich, jak również na zjeździe niemieckich chirurgów w Berlinie w r. 1881, ani też nie podniósł zarzutu po dalszych ogłoszeniach tyczących się téjże operacyi. Dopiero 4 lata późniéj profesor Sklifossowski z Moskwy zrobił krótką wzmiankę na zjeździe międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze przy sposobności przedstawienia chorego operowanego przez Lauensteina według mojéj metody, że operacyję tę w Rosyi od dawna znają, a zasługa pomysłu przypada lekarzowi rosyjskiemu Władymirowowi z Kazania. Ponieważ prof. Sklifossowski nie udowodnił ściśle swego twierdzenia i nie zaznajomił nas dokładnie z postępowaniem Władymirowa, dlatego postarałem się sam poznać autentycznie metodę operacyjną Władymirowa; udało mi się to z pomocą prof. Sklifossowskiego i prof. Bornhaupta z Kijowa, którzy dostarczyli mi łaskawie w oryginale pracę Władymirowa, jakoteż inne potrzebne mi daty. Władymirow (obecnie starszy lekarz szpitalu w Pensie) opisał swą osteoplastyczną operacyję na stopie wraz z innemi metodami operacyjnemi w rozprawie doktorskiéj ogłoszonéj w języku rosyjskim w r. 1872. (Niektóre nowsze operacyje osteoplastyczne na odnodze dolnéj. Kazań, 1872) i odczytał takową na zjeździe przyrodników rosyjskich w r. 1873 w Kazaniu. Z dosłownego tłumaczenia rozprawy przytaczam następujące szczegóły.

Władymirow wykonał 2 marca 1871 następującą operacyję u 15-letniego skrofulicznego chłopca, którego prawy staw skokowy był wraz z kością piętową i skokową spruchniały. Najpierw poprowadzono kilka cięć próbnych przez istniejące już przetoki do kości, przyczém okazało się, że z dotychczas wykonywanych operacyj tylko amputacyja podudzia nadkostkowa byłaby możliwą. Teraz usunął Władymirow schorzałą kość piętową i skokową, odpiłował z kości podudzia 10cm. (rachując od kostki wewnętrznéj) a z kości łódkowéj i sześciennéj oddzielił dłutkiem powierzchnię chrzęstną. Przednią połowę stopy zostającą w związku z podudziem za pomocą mostka grzbietnego połączono w kierunku pionowym z podudziem, tak iż powierzchnie kostne kości łódkowéj i sześciennéj przylgnęły do płaszczyzny przepiłowania kości piszczelowéj i strzałkowéj. W tém położeniu wygoiła się stopa

z końcem kwietnia. Z początkiem czerwca nastąpiło skostnienie a chory o szczudle począł chodzić. W lipcu chodził chory kulejąc z laską lub bez téjże. Operowana odnoga była o 6cm. krótszą od zdrowéj mierząc długość odnogi odległością między górnym końcem kości piszczelowéj a stawem śródstopiofalangowym palca dużego. Chory nosił z tego powodu podstawę klinowatą 5cm. długą, bez któréj chodzić nie mógł.

Nie ulega więc żadnéj wątpliwości, że Władymirow już w r. 1871 wykonał z planem już naprzód powziętym operacyję podobną w całości i w szczególności do mojéj i że prawie ta sama myśl skłoniła mnie i jego do wybrania tego sposobu postępowania. Władymirow metodę swą nazwał operacyją sztucznéj końskiéj stopy. Różnicę w postępowaniu stanowią z wyjątkiem jednego w każdym razie ważnego punktu małoznaczące odmiany w technice. Różnice te najlepiéj poznać można z opisu operacyi, który Władymirow jeszcze na podstawie kilkakrotnych ćwiczeń na trupie w ten sposób podaje: Cięcie poprzeczne przez podeszwę rozpoczynające się tuż przy guzku kości łódkowéj a kończące się na szerokości palca po za guzowatością 5téj kości śródstopia (zgadza się z cięciem mojém); od obu końców tego cięcia idą dwa 13 cm. długie cięcia po obu stronach przez kostki aż na podudzie (moje boczne cięcia są 7 do 8 cm. długie i kończące się przy kostkach). Otwarcie stawu Choparta (ja zaś łączę teraz boczne cięcia z tyłu nieco nad kostkami ze sobą i otwieram najpierw staw skokowy), pocém ostrożnie oddziela się części miękkie na grzbiecie stopy od kości. Doszedłszy do kości piszczelowéj Władymirow oddziela okostnę od przedniéj powierzchni i zachowuje w ten sposób takową dla mostka (ja wcale okostny nie oszczędzam). Teraz dopiero łączy Władymirow od tyłu górne końce bocznych cięć ze sobą; a utworzywszy płat 1 cm. długi ze skóry i okostny przepiłowuje kość piszczelową i strzałkową poprzecznie (u mnie powierzchnia cięcia i przepiłowania leży w jednéj płaszczyźnie. Teraz oddłutowuje Władymirow płaszczyzny chrzęstne kości łódkowéj i sześciennéj (ja zaś i tu używam piłki). Zatamowanie krwotoku, zeszycie i ustalenie stopy za pomocą prostéj szyny.

Wybitną różnicę planu a zarazem wykonania operacyi podanéj przez Władymirowa i przezemnie stanowi punkt następujący: Władymirow mówi dosłownie: „Przy operacyi téj dążyć należy do tego, aby odnoga operowana pod żadnym warunkiem nie była dłuższą od zdrowéj; w przeciwnym bowiem razie zupełnie tak samo będzie choremu uciążliwą jak wrodzona stopa końska. Większa długość odnogi przeszkadza w tym przypadku choremu w chodzie i zmusza go do poddania się nowéj operacyi. Sztuczna stopa końska (tak nazywa Władymirow kikut otrzymany po swojéj operacyi) musi być bezwarunkowo o 4 cm. krótszą aniżeli odnoga zdrowa. Ponieważ chory nie może zgiąć palców stopy do kąta prostego, dla tego musi także przy równéj długości odnogi operowanéj i zdrowéj używać przy chodzeniu jakiéjś podstawy do pomocy, przez co operowana odnoga staje się dłuższą i przeszkadza choremu w chodzie. Ze względu na to radzę zrobić cięcia boczne 13 cm. a nie 9 cm. długie, ile trzebaby było, aby kikut był równie długi jak odnoga zdrowa".

Przeciwnie długość odnogi resekowanéj osteoplastycznie według mojéj metody jest albo równą odnodze zdrowéj albo nawet 1 do 2 cm. większą [1]). Możebném zaś jest to w ten sposób, że palce wyprostowuję do kąta prostego, albo gwałtownie w narkozie, albo téż łagodnie stopniowo tak, iż stopa dotyka się ziemi przy chodzeniu główkami kości śródstopia. Te ostatnie stanowią właściwe punkta oparcia, podczas gdy palce obejmują rolę elastycznych sprężyn. To nam uwidocznia, jaka różnica zachodzi między wartością czynnościową stopy resekowanéj według Władymirowa a według mojéj metody. Władymirowa sztuczna stopa końska nie może być wprost ani do chodzenia, ani do stania użytą, potrzebuje szczudła małego wprawdzie, ale przez to ma już wszystkie ujemne strony zwykłego kikuta amputacyjnego. Kikut resekcyjny według mego planu uskuteczniony jest, jak się Adelmann trafnie wyraził, żyjącym szczudłem, służy bezpośrednio do chodzenia i dozwala operowanemu być zupełnie niezależnym od jakiejkolwiek podpory.

Tyle w całéj téj sprawie co do samego przedmiotu. Uwzględniwszy to wszystko nie przychodzi mi chyba myśl odmawiania Władymirowowi zaszczytu wynalezienia już przedemną osteoplastycznéj resekcyi stopy. Jedna i ta sama myśl u nas powstała i niezależnie obydwaj ją wykonaliśmy. Historyja wszystkich gałęzi sztuki i nauk poucza przecież, że nie rzadko dwie zupełnie różne osobistości robią prawie równocześnie to samo odkrycie lub ten sam wynalazek. Nie można więc nic mieć przeciwko temu, jeżeli omawianą operacyję, którą dotychczas operacyją Mikulicza autorowie nazywali, odtąd operacyją według Władymirowa-Mikulicza nazywać będziemy. Wniosek ten postawił G. Fischer, który w ostatnim zeszycie pisma *„Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“* opisuje przypadek własny i zestawia wszystkie dotychczas wykonane i ogłoszone operacyje. Ponieważ mi jednak mniéj o nazwisko niż o rzecz chodzi, dlatego radziłbym, aby przechować nazwę pierwotnie przezemnie wybraną mianowicie osteoplastycznéj resekcyi stopy.

Operacyję tą, o ile mi jest wiadomém, dotychczas około 30 razy wykonano. Oprócz mnie i Władymirowa operowali według mych wiadomości raz lub kilka razy: Schattauer i Ziembicki we Lwowie, Socin w Bazylei, Sklifossowski w Moskwie, Dombrowski i Monastyrski w Petersburgu, Lummiczer i Habererern w Budapeszcie, Renssen w Gronindze (Holandyi), Kümmell i Lauenstein w Hamburgu, Roser w Marburgu, G. Fischer w Hanowerze, Nicoladoni w Insbruku, Bassini w Padwie. Wszyscy operatorowie, także i rosyjscy z wyjątkiem Władymirowa, wykonali tę operacyję dopiero po mojém ogłoszeniu t. j. po roku 1880 i ściśle według moich przepisów. Podnoszę to dla tego, aby wykazać, że operacyi Władymirowa nie tylko po za Rosyją zupełnie nieznano, ale nawet rosyjscy chirurdzy jéj nie uwzględniali a nawet zupełnie o niéj zapomnieli. Zapytywałem wielu chirurgów znających literaturę rosyjską a otrzymywałem zawsze odpowiedź, że operacyja Władymirowa zupełnie im przedtém nie była znaną.

Jak już wyżéj wspomniałem, prof. Sklifossowski omieszkał nam podać bliższe szczegóły o operacyi Władymirowa. Aż do ostatniego czasu nie uznał żaden z kolegów rosyjskich za stósowne wyjaśnić całą sprawę w jednym z nam znanych języków europejskich. Dopiero w ostatnim

[1]) Porównaj mój artykuł: Dwa przypadki osteoplastycznéj resekcyi stopy. Przegląd Lekarski 1883 N. 36 i 37 tudzież *Wien. med. Wochenschr.* 1883, Nr. 50.

czasie N. Monastyrski, profesor chirurgii z Petersburga, ogłasza dokładny artykuł w tej sprawie. (*St. Petersburger mediz. Wochenschr.* 1886 Nr. 2), który oprócz wzmianki o jednym przypadku operowanym według moich przepisów zaznacza także przedmiotowo zestawione to, co ja powyżéj o operacyi Władymirowa powiedziałem. Z tego powodu o artykule tym wcale bym nie wspominał, gdyby nam autor równocześnie nie zdradził, iż pewna część chirurgów rosyjskich o plagiat mnie po prostu posądza. Prof. Kolomnin z Petersburga wspomina w broszurze mającéj wykazać, jak za granicami przywłaszczają sobie rosyjskie myśli, wynalazki i odkrycia: „Asystent prof. Billrotha pan Mikulicz — Czech, czy też galicyjski Polak lub coś w tym guście — przyswoił sobie po prostu operacyję Władymirowa.“ Prof. Monastyrski dodaje do tego: „Dziwném jest, że u nas prawie w modę weszło czcigodnych ludzi, ni ztąd ni z owąd o plagiat posądzać.“ Ponieważ tenże autor oprócz tego, że poddaje ostréj krytyce postępowanie swych rodaków, przyznaje nadto, iż ja o operacyi Władymirowa, która przecież bardzo mało komu z Rosyjan była znaną, nic wiedzieć nie mogłem, że takową samoistnie po raz wtóry wynalazłem i do użytku w praktyce chirurgicznéj oddałem, dla tego nie poczuwam się do obowiązku wyrażenia własnego zdania o panu Kolomninie.

Nie mogę się jednak przy téj sposobności powstrzymać od jednéj uwagi. Literatura rosyjska zawiera bezsprzecznie liczne prace, które mogłyby dla publiczności lekarskiéj i po za granicami Rosyi mieć wartość i budzić w niéj zajęcie. Niestety jest ona dla nieznającego języka rosyjskiego księgą siedmiu pieczęciami zamkniętą; gdyby się prace te równocześnie pojawiały w oryginale lub przynajmniéj w dokładném streszczeniu w jednym z powszechnie znanych języków europejskich to mogłyby się łatwo stać wspólną własnością wszystkich lekarzy. A rosyjska literatura może więcéj by na tém skorzystała aniżeli zagranica.

II. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał **Dr. Stanisław Klikowicz** z Petersburga.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Alkohol.

Z łatwo zrozumiałych powodów byliśmy ciekawi eksperymentalnéj odpowiedzi na pytanie, czy i o ile rozmaite ilości alkoholu wpływają na tworzenie się peptonów. Kl. Bernard (*Gazette médicale de Paris*, 1856, Nr. 19, str. 295) zauważył pierwszy, że wydzielanie soku żołądkowego u psa powiększoném zostaje przez podawanie małych ilości alkoholu (5—6cm.sz. rozcieńczonych w wodzie). Kretschy (*Beobachtungen u. Versuche an einer Magenfistelkranken Deutsch. Archiv f. klin. Medicin*, t. XVIII, 1876, str. 527) wskazywał na zwłokę, jaką wykazuje trawienie żołądkowe u człowieka po użyciu małych ilości alkoholu. Petit (*Etudes sur les ferments digestifs. Journal de thérapeutique*, 1880, str. 136, 173, 201, 288 i 453) przekonał się, że sztuczne trawienie żołądkowe osłabioném zostaje przez 20% alkoholu, skoro jednakże zawartość procentowa alkoholu w mięszaninie zmniejszoną zostanie do 5%, zwykle występuje znowu działanie pepsyny. Buchner (*Ein Beitrag zur Lehre v. d. Einwirkung d. Alk. auf d. Magenverdauung. Deutsches Archiv f. klin. Med. XXIX*, 3, 4 z., 1881, str. 537) przy licznych i starannych poszukiwaniach zauważył, że 1—4% alkoholu wcale nie narusza działania soku żołądkowego, trawienie zaś natychmiast zostaje wstrzymaném, jeśli zamiast 1—4% dodamy 10—20% wyskoku; w takim razie trawienie wstrzymaném być może nawet na kilka dni.

Doświadczenia nasze wykonywaliśmy w następujący sposób: znaleziono, że 31·9cm.sz. 98·8% wyskoku, rozcieńczone na 500cm.sz., odpowiadają 5% zawartości (na wadze) alkoholu w płynie. Ażeby stężenie sztucznego soku żołądkowego utrzymać jednakowém we wszystkich doświadczeniach, brano dla każdéj porcyi tylko po 350cm.sz. sztucznego soku żołądkowego, następnie braliśmy 1, 2, 3 albo 4 × 31·9cm.sz. alkoholu i sprowadzaliśmy ilość tę przez dodanie wody do 150cm.sz.; z 350cm.sz. soku żołądkowego przedstawiała teraz każda porcyja objętości 500cm.sz. cieczy, w któréj wszystkie części składowe, oprócz alkoholu były równe; tylko przy doświadczeniu z 30% alkoholu byliśmy zmuszeni 191·4cm.sz. alkoholu zmięszać z 318·6cm.sz. soku żołądkowego. Takich doświadczeń zrobiliśmy 15, z których 10 podajemy w tabeli II. Hamujące działanie, jak widać z tabeli, jest stałém tylko przy 10% zawartości, przy 15, 20,30% nie ma wcale trawienia. Niestałém cokolwiek jest działanie 5% wyskoku, otrzymaliśmy przytém, jak widać z 3ch pierwszych doświadczeń, niebardzo znaczne wprawdzie, ale w każdym razie stałe przyspieszenie; w innych przypadkach zaś zauważono lekkie wstrzymanie peptonizacyi. Dziwném wydawało nam się, że w tych właśnie doświadczeniach, gdzieśmy polarymetrycznie znaleźli pewne nieznaczne przyspieszenie peptonizacyi, gołém okiem sprawdzaliśmy gorsze rozpuszczenie białka. Okoliczność ta wskazuje nam, jak niesłusznem być może niekiedy, z saméj tylko ilości nierozpuszczonego substratu trawienia wnosić o energii sprawy; przy tych doświadczeniach, gdzieśmy mogli oznaczyć zmniejszenie się ilości peptonu, rezultat zgadzał się z tém, co można było widzieć gołém okiem podczas trawienia. Wahania pomiędzy przyspieszeniem i wstrzymaniem się, zdaje się, zanadto wielkie i stałe, ażebyśmy je mogli przypisać błędom w analizie i obserwacyi. W każdym razie uważaliśmy za słuszne wspomnieć tu o tych sprzecznych cokolwiek rezultatach, jakkolwiek nie jesteśmy w stanie objaśnić takowych. Może i poprzednicy nasi mieli do czynienia z takiemi wątpliwemi rezultatami, skoro nie mogli wypowiedzieć zgodnego zdania o działaniu małych dawek alkoholu. Godném zaznaczenia jest, że przy doświadczeniach w jednéj i téj saméj grupie nigdy takie sprzeczności nie powstawały, te zaś doświadczenia, dla których świeżo przyrządzano nowe porcyje białka, wykazywały rozmaite różnice. Być może, że minimalne, przy strąceniu białka unikać się niedające, różnice odgrywają tu rolę: nie zawsze daje się ono strącać z jednakowo zupełnie stężonych rozczynów; ilość kwasu octowego, prędkość, z jaką dokonywa się strącanie, czas trwania gotowania itd. są może momentami, wpływającemi na każdorazową wrażliwość cząsteczek białka na działanie pepsyny.

Antipyryna.

W obec wzrastającego coraz bardziéj użytku tego preparatu jako surogatu chininu postanowiliśmy zbadać ten środek w kierunku nas obchodzącym. Przekonawszy się, że antipyryna w nasyconym prawie rozczynie nie posiada własności skręcania, osiągnęliśmy niektóre rezultaty doświadczeń i zestawiliśmy je w tabl. III. Dawki w ilości 2·0—2·5 grm. nie wywierają, zdaje się, żadnego wpływu, przy większych

dawkach otrzymujemy stałe, lecz nie bardzo znaczne działanie hamujące. We wszystkich doświadczeniach rozpuszczenie białka odpowiadało wynikowi ostatecznemu trawienia.

Zanotować winienem jeszcze, że doświadczenia nasze nad kairyną i chlorowodanem chininu wykonać się nie dały, gdyż pierwszy z tych środków przy zagotowaniu mięszanin trawiących wywołuje takie ciemne, zielonawo-bronzowe zabarwienie cieczy, że polaryzacyja staje się stanowczo niemożliwą; co się zaś tyczy chininu, to tenże silnie bardzo skręca płaszczyznę polaryzacyjną na lewo. Według Husemanna (*Die Pflanzenstoffe in chemischer, physiologischer, pharmacologischer u. toxicologischer Hinsicht*, 1871, str. 290) kąt skręcania czystego chininu jest $(\alpha)_r = -141{\cdot}33°$; sole chininu podobno własność tę posiadają w wyższym jeszcze stopniu.

Na sztuczne trawienie podług Wohlberga (*Ueber den Einfluss einiger Salze und Alkaloide auf die Verdauung. Pflügers Archiv f. d. gesammte Physiologie*, t. XXII, 1880, str. 291) *chininum sulphuricum* w małych dawkach (0·1—1·5gr.) działa przyspieszająco. Możeby się na téj drodze wytłumaczyć dało wzmacniające działanie małych, lecz przez dłuższy czas stosowanych dawek tego środka.

Arsenian sodu.

Ponieważ środek ten silnie rozdrażnia błonę śluzową żołądka, przeto zawsze wprowadzanym zostaje do organizmu jednocześnie z pokarmami. Używamy go niekiedy przez kilka tygodni, nawet miesięcy z rzędu i z tego powodu niekorzystny wpływ jego na trawienie żołądkowe byłby témbardziéj zastanowienia godnym; zrobiliśmy więc kilka doświadczeń i doszliśmy do przekonania, że znaczne nawet dawki tego środka nie wywierają żadnego wpływu na peptonizacyję. Posiadamy w tym przedmiocie obszerną pracę Schäfera i Böhma (*Ueber d. Einfluss d. Arsens auf d. Wirkung der ungeformten Fermente. Verhandlungen der phys.- med. Gesellschaft in Würzburg*, IX F., tom III, 1872, str. 238); autorowie ci gruntownie badali wpływ arszeniku na działanie śliny, soku żołądkowego i soku trzustkowego. Doświadczenia swe, do których brano białko kurze, czynili oni na małą skalę, trawienie w epruwetkach przy temperaturze ciała trwało 12—36 godzin. O rezultacie wnioskowano z niestrawionéj pozostałości. Opierając się na licznych bardzo doświadczeniach, twierdzą badacze ci, że arszenik nie wywiera wpływu na trawienie żołądkowe. My poprzestaliśmy na 6ciu doświadczeniach, przyczém 3 razy dodawaliśmy po 0·05. a drugie 3 razy po 0·1 arsenianu sodu. Różnice, które otrzymaliśmy w porównaniu z kontrolą, były bardzo nieznaczne, gdyż wynosiły tylko 0·1 podziałki skali przy aparacie Soleil-Ventzkego. I ta drobna różnica wypadła 3 razy dla przyspieszenia, 3 razy dla wstrzymania. Ponieważ z doświadczeń naszych doszliśmy do przekonania, że arszenik jest zupełnie obojętny dla trawienia żołądkowego i ponieważ rezultaty nasze zupełnie zgodne są z otrzymanemi przez Schäfera i Böhma, przeto sądzimy, że przytoczenie tabeli byłoby zbytecznem.

Bromek potasu. Jodek potasu.

Środki te często przez dłuższy czas daje się chorym i z tego powodu ważném było zbadać wpływ tych soli na trawienie żołądkowe. Putzeyss (*De l'influence de l'iodure et du bromure de potassium sur la digestion stomacale. Bulletin de l'Academie royale de méd. de Belgique.* Vol. XI, str. 104, 213. Cytowane w *Jahresberichte über die Fortschritte der Thierchemie*, tom VII, 1877, str. 279) poddawał 1·5 włóknika trawieniu 12cm.sz. kwasu solnego pepsynowego przez 10—23 ½ godzin i zauważył, że obie sole hamująco oddziaływają na trawienie, a mianowicie jodek potasu bardziéj aniżeli bromek potasu. Petit (l. c.) uważa téż i związki jodu i bromu za bardzo szkodliwe dla trawienia pepsynowego. Buchheim (*Lehrbuch der Arzneimittellehre*, III wyd., 1878, str. 110) wspomina, że jodek potasu i bromek potasu w obecności wolnego kwasu solnego żołądka przemienione zostają w odpowiednie związki sodu, przyczém część jodowodoru i bromowodoru uwalnia się; lecz reakcyje te, według Buchheima, nie wywierają wielkiego wpływu na trawienie żołądkowe.

W doświadczeniach naszych (8 doświadczeń z bromkiem potasu i 12 z jodkiem potasu) zauważyliśmy znacznie zmniejszoną peptonizacyję tylko po większych dawkach. 0·5 bromku potasu wywarło godny zaznaczenia wpływ w tym kierunku 1·0 i 2·0 wywołały umiarkowane, dla obu istót prawie jednakowe zahamowanie. W ogóle bromek potasu, w większych nawet ilościach podawany, nie tak szkodliwy wywiera wpływ na trawienie jak jodek potasu. Jakkolwiek w ogóle w miarę powiększania dawek wzrasta i wpływ szkodliwy na peptonizacyję, to jednak zdarzają się wyjątki, zadające kłam temu prawidłu, jak tego następujące dowodzą przykłady: w tab. IV, w doświadczeniach 3 i 4 widzimy w rubr. 11, że liczby 73% i 15·1% odnoszą się do téj saméj ilości bromku potasu, podczas gdy w doświadczeniach 5 i 7 prawie to samo w procentach wyrażone zahamowanie odpowiada 0·5 i 1·0 jodku potasu. Nie jesteśmy w stanie podać jakąkolwiek przyczynę tych wyjątków, chcemy tylko ostrzedz niniejszém przed wnioskami, wyprowadzonemi na podstawie za małéj ilości doświadczeń. (Dok. n.)

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Różne stopnie zapalenia dyfterytycznego czyni Heubner zawisłemi od stopnia, do jakiego zboczenie w odżywianiu naczyń krwionośnych dochodzi. Jeżeli zboczenie to dojdzie do stopnia najwyższego, to sprowadza i zupełne obumarcie naczyń, a wówczas tkanka w całéj swéj grubości obumiera i po jéj oddzieleniu się pozostaje wrzód czyli ubytek tkaniny, który goi się na drodze zwykłego zapalenia. Jeżeli zaś naczynia krwionośne zwycięsko opierają się mniejszemu stopniowi zboczenia w odżywieniu, to tylko obumierają powierzchowne warstwy przybłonkowe, tworząc pokład dyfterytyczny, który usunięty znów się odtwarza, co się powtarza dopóty, dopóki naczynia nie odzyskają zupełnie prawidłowych stosunków pod względem odżywienia, a więc dopóki ich ściany nie odzyskają zupełnie prawidłowéj sprężystości i utkania.

Pytanie jednak zachodzi, o ile dyfteryja sztucznie przez Heubnera wywołana za pomocą podwiązania naczyń w pęcherzu u królików, może odpowiadać obrazowi dyfteryi pojawiającéj się u ludzi?

W tym względzie zaznaczyć musimy tę okoliczność, że Heubnerowi udało się tylko wyjaśnienie zmian dyfterytycznych czysto miejscowych; a ponieważ u ludzi powstawaniu

dyfteryi towarzyszą objawy gorączkowe, chociaż częstokroć w stopniu nawet nieznacznym, a prócz tego objawy ogólne w postaci osłabienia, wymiotów, bólu głowy, braku apetytu itd., u królików zaś śród dokonywania doświadczeń nawet nie zauważono objawów gorączki, nadto ponieważ błonica u ludzi okazuje charakter zakaźny, a dyfteryja sztucznie przez Heubnera wytworzona na zwierzęta dalej przeszczepić się nie dała, przeto przyznać należy, że istnieć może tylko pewna trafna analogija między obu obrazami chorobowemi, do zupełnéj jednak identyczności brakuje jeszcze ważnych szczegółów świadczących o większym lub mniejszym stopniu ogólnego zakażenia ustroju.

Heubner też z tego powodu nawet pokusił się o wyjaśnienie na drodze doświadczalnéj, jakim sposobem następuje ogólne dyfterytyczne zakażenie ustroju i jakiego rodzaju może być jad dyfterytyczny, będący przyczyną tego zakażenia,— jednakowoż jak dotąd, doświadczenia przezeń podjęte nie doprowadziły do pewnych, dodatnich wyników. A mianowicie zadał sobie Heubner najpierw pytanie, gdzie szukać należy jadu dyfterytycznego? W tym celu badacz ten królikom, u których w pęcherzu wywoływał dyfteryję, wstrzykiwał laseczniki wąglikowe, jako bakteryje charakterystyczne i łatwe do rozpoznania. Otóż badacz ten znajdował laseczniki wąglikowe stale w naczyniach włosowatych błony śluzowéj pęcherza, sztucznie wypociną dyfterytyczną pokrytéj. Sprawdziwszy zatem, że jadu, a względnie istot wywołujących ogólne zakażenie, szukać należy w naczyniach oplatających schorzałą błonę śluzową, przystąpił Heubner do dalszego szeregu doświadczeń, tj. do zatruwania organizmów zwierzęcych wypociną dyfterytyczną, tak jak to przed nim czynili Oertel, Trendelenburg i inni badacze. Wprowadzał zatem do ustroju królików śluz zawierający mnóstwo laseczników i mikrokoków, który tuż przedtem zdjęto z migdałka dziecka dotkniętego ciężką dyfteryją. Zaszczepienie królików takim śluzem wywoływało ciężką chorobę zakaźną, a wśród objawów bardzo znacznego obrzęku śledziony i wybroczyn na błonach surowiczych w ciągu 2—3 dni następowała śmierć zwierzęcia. Jeżeli śluzem powyższym zaszczepiono królika, w którego pęcherzu sztucznie również dyfteryję wywołano, to w naczyniach oplatających błonę śluzową pęcherza wykryć można było mikrokoki i krótkie laseczniki, ułożone w grupy lub łańcuszki. Małe cząstki wypociny dyfterytycznéj zdjętéj z błony śluzowéj pęcherza królika zaszczepionego w sposób co dopiéro wspomniany zawierały jad dający się przeszczepiać daléj, nawet w kilku generacyjach, co zatem stanowiło dowód, że bakteryje powyższe były również i motorami choroby zakaźnéj, ogólnéj. — Obecnie więc nasuwało się pytanie, czy jad ten wywolujący chorobę zakaźną u zwierząt jest takim samym, jak i jad wywołujący dyfteryję u ludzi, który wniknąwszy w ustrój ludzki nader szybko rozwijać się powinien i przez to stawać się przyczyną ogólnego zakażenia? Jad ten, a raczéj bakteryje jad ten zawierające i przenoszące, powinnyby się w nader znacznéj ilości znajdować w naczyniach krwionośnych, oplatających schorzałą błonę śluzową, a w przypadkach zakończonych śmiercią, powinnyby przepełniać także naczynia włosowate nerek i wątroby. Niestety jednak, piękna teoryja i logicznie wysnute wnioski nie odpowiedziały oczekiwaniom, gdyż Heubner nie zdołał wykryć w naczyniach schorzałéj błony śluzowéj (dotkniętéj dyfteryją), ani też w naczyniach włosowatych nerek żadnéj z tych bakteryj, jakie w znacznéj ilości znajdowały się w wypocinie pokrywającéj błonę śluzową. Z tego zatem wynika, że jad dyfterytyczny w błonicy ludzkiéj nie jest zupełnie tym samym, który przez szczepienie wywołuje u zwierząt ogólną chorobę zakaźną.

Ponieważ nadto Heubner przez powtórzenie doświadczenia Reynauda, Lannelongua, Vulpiana i Kühna wykazał, iż ślina ludzka zaszczepiona królikom działa septycznie, ponieważ zdaniem Kocha i powyższych autorów istoty septyczne zawiera, przeto udowodnił tém samém, że wszystkie wnioski wysnuwane z doświadczeń robionych przez szczepienie złogów dyfterytycznych, zbieranych z ludzi błonicą dotkniętych, nie wytrzymują krytyki umiejętnéj, gdyż szczepienia wywoływały nie obraz dyfteryi, lecz obraz posocznicy lub ropnicy.

Doświadczenia zatém podjęte przez Heubnera lubo nader ważne i świadczące o znacznym postępie w badaniach podjętych nad dyfteryją, nie ziściły ze wszech miar nadziei, jakie początkowo obudzały, gdyż nie zdołały wyświecić przyrody jadu dyfterytycznego, jak również nie wykazały, czy nieznany jad dyfterytyczny najpierw tylko na błonie śluzowéj się wytwarza, a ztąd dopiero do krwi się dostaje, lub czy też schorzenie błony śluzowéj jest dopiero następstwem pierwotnego zakażenia krwi. Z doświadczeń tylko tego lekarza wynikać może, że ciężka sprawa chorobowa dotykająca błonę śluzową w dyfteryi może tak samo zawdzięczyć swe powstanie jadowi, który z powierzchni błony śluzowéj do wnętrza się dostaje.

Przekonanie to, które podzielają najpoważniejsi autorowie, opiera się również na codzienném doświadczeniu i licznych spostrzeżeniach poczynionych podczas całych epidemij dyfteryi. Ileż to razy bowiem spotykamy się z przypadkami nader gwałtownemi i złośliwemi dyfteryi, w których przyznać trzeba, że jad wniknął do organizmu drogą bliżéj nieznaną, i nie od strony połyku, w których po gwałtownéj gorączce i złowrogich przypadkach ogólnych wstępnych rozwijają się następowo dopiero wypociny dyfterytyczne na migdałkach, podniebieniu miękkiém i wśród przypadów ogólnego zakażenia ustroju nader szybko, bo w 2 lub 3 dniach skutkiem porażenia serca śmierć następuje. Analogicznie możemy odwołać się do ciężkich przypadków szkarlatyny, w których jad chorobowy właściwy obok obfitéj i bardzo wybitnéj wysypki wywołuje również dyfterytyczne zapalenie połyku; tu zatém jad płonicowy jest rzeczą pierwotną, a wypocina dyfterytyczna dopiero następową, wynikłą skutkiem ogólnego zakażenia ustroju. Mówię tu tylko o analogii, bo nie chcę mięszać szkarlatyny z dyfteryją i uważam dyfteryję za zupełnie odrębną chorobę (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 40, 1882, prof. E. Henoch „Uwagi nad dyfteryją“), chociaż z wielu względów zbliżoną do szkarlatyny zwłaszcza ciężkiéj, i jad dyfterytyczny wyobrażam sobie również za odrębny, a mikroorganizmy dyfterytyczne, które późniéj dokładniéj opiszę i odróżnię, również co do przyrody swéj za nieco odmienne od bakteryj szkarlatynowych.

Prof. Henoch (l. c.) opisuje przypadki, w których po ustąpieniu już dyfteryi pojawiła się już szkarlatyna z wszystkiemi wybitnemi objawami, jakoteż przypadki, w których dzieci operowane z powodu dławca dyfterytycznego ulegały zakażeniu szkarlatynowemu, zwłaszcza w szpitalach, gdzie na oba rodzaje przyrzutu były z łatwością wystawione: uzasadnia na podstawie tych wybitnych przy-

kładów zasadniczą różnicę między płonicą a dyfteryją i między dyfteryją samoistną a dyfteryją następową.

Z drugiéj strony spotykamy się z przypadkami błonicy, które pojawiają się prawie ukradkiem, niepostrzeżenie, tak że dopiero badanie dokładne połyku wykrywa wypociny dyfterytyczne, a które mimo to skutkiem niepowstrzymanego szerzenia się pokładów chorobowych zajmując coraz to większą przestrzeń dróg oddechowych sprowadzają w końcu śmierć chorych, lub też stają się przyczyną porażeń nerwowych, co dowodzi, że zwolna jad dyfterytyczny od błony śluzowéj połyku wnikał w ustrój i wywołał następowe tegoż ogólne zakażenie. Wszakżeż i zwykłe nieżytowe zapalenie połyku może w podobny sposób występować; częstokroć, jak to sam na sobie spostrzegałem, najprzód ma się gorączkę z dreszczykami i jest się w niepewności, jaka choroba z tego się wywiąże, a dopiero w 12 lub 24 godzin późniéj uczuwa się lekki ból przy połykaniu, badanie zaś wykazuje większe lub mniejsze zaczerwienienie migdałków i łuków podniebieniowych; albo też wprzód bez objawów gorączkowych doznaje się bólu przy połykaniu, a potém dopiero w miarę rozszerzania się zapalenia gardła, dołączają się objawy gorączkowe.

Reasumując zatém wyniki dotychczasowych badań przyznać musimy, że dyfteryja może być albo 1) cierpieniem od początku swych objawów ogólném, a pokłady w postaci błon charakterystycznych na migdałkach, podniebieniu itd. są wytworami następowemi, albo też 2) może zaczynać się i przedstawiać jako cierpienie miejscowe, które w miarę dogodnych warunków może rozszerzyć się i wywołać dopiero następnie zakażenie całego ustroju, a 3 że wspólną cechą obu tych spraw chorobowych jest charakter zakaźny.

Aby ile możności dokładnie wyświecić istotę jadu dyfterytycznego, muszę raz jeszcze powrócić do dawniejszych badań podjętych przez wielu znakomitych autorów i zakończyć ustęp ten podaniem ostatnich zdobyczy na tém polu. I tak śledząc daléj za badaniami nad przyrodą przyrzutu błonicowego wspomnieć muszę o pracach Buhla, Huetera, Tomassiego, Tigrego, Oertla, Letzericha, Nassilowa, Ebertha, Ortha, Rosenbacha, Salamona, Everetta i wielu innych badaczy, którzy uzasadnili przekonanie zyskujące coraz to więcéj poklasków, że ustroje najniższego rzędu (mikroorganizmy, bakteryje) stanowią właściwy przyrzut dyfteryi, że znaleźć je można stale w wytworach błonicowych, że wnikają w głąb tkanin i wywołują zmiany chorobowe w tychże, jak to już na początku tego rozdziału obszernie nadmieniłem, mówiąc o pracach Klebsa i podziale dyfteryi opartym przez niego na podstawie grzybkowéj.

Kwestyi najmniejszéj nie ulega, że w błonach dyfterytycznych znaleźć można najróżnorodniejsze gatunki grzybków, lecz badania Senatora, Reynauda, Lannelonguea, Vulpiana, Kühna, Heubnera i innych wykryły również, że tak w resztkach pokarmów, jak i w ślinie osób zupełnie zdrowych takież same grzybki się znajdują, a mimo to żadnéj szkody organizmowi nie wyrządzają. Szczepienia dokonywane za pomocą tych grzybków wywoływały, jak to już powyżéj wspomniałem, tylko obraz posocznicy, a nie dyfteryi (*Studien über Diphtherie und Croup von Dr. Ernest Schweninger, Mittheilungen aus dem pathol. Institute zu München, herausgeg. von Prof. Dr. Buhl. Wiener med. Wochenschrift* 1878, str. 850), grzybki te zatém nie są właściwym przyrzutem dyfteryi, nie one są jéj motorami, lecz częstokroć są tylko następstwem lub towarzyszem sprawy chorobowéj niszczącéj tkaniny. To też Heubner we wspomnianéj już i obszernie omówionéj pracy doświadczalnéj (l. c. str. 53) twierdzi, że mimo dokładnych i licznych badań pośmiertnych dokonanych na zwłokach osób zmarłych skutkiem dyfteryi nie zdołał nigdy wykryć bakteryj w rozszerzonych naczyniach włosowatych oplatających migdałki, języczek, łuki podniebieniowe wraz z podniebieniem miękkiém, nerki lub serce, a nawet twierdzi, że nie jest wcale rzeczą dowiedzioną, jakoby jad dyfterytyczny lokalizował się najpierw na schorzałéj błonie śluzowéj, a ztąd dopiero dostawał się do krwi, bakteryje bowiem, zdaniem jego, nie zdolają przeniknąć przybłonka brukowego zdrowego lub tylko nieżytowo zmienionego. Według przekonania Heubnera choroby zakaźne zawdzięczające swój jad bakteryjom powstają tylko przez wziewanie, szczepienie lub karmienie istotami zawierającemi swoiste bakteryje, przez zdrowy jednak przybłonek bezpośrednio do krwi nie wnikają.—Klebs nawet, ten wielki zwolennik etyjologii mykotycznéj w ogóle, a w szczególności przyrody grzybkowéj jadu dyfterytycznego, przyznaje, że dopiero wówczas udowodnioną zostanie przyroda grzybkowa jadu błonicowego, jeżeli odpowiedni grzybek uda nam się wyhodować, rozmnożyć i jeżeli bakteryje tego rodzaju zastrzyknięte organizmom zwierzęcym zdołają odtworzyć zupełny obraz dyfteryi. Dopóki przeprowadzenie tego doświadczenia nie uda się w zupełności, dopóty brakuje nam dowodu, że mikrorganizmy wykryte w błonach dyfterytycznych są w istocie motorami, a nie produktem rozkładowym dyfteryi. (C. d. n.)

IV. Dwa przypadki plamicy krwotocznéj.

Podał Dr. **Mieczysław Kramarzyński** w Kolbuszowie.

Dnia 12 stycznia 1884 miałem na posiedzeniu Sekcyi rzeszowskiéj Tow. lek. gal. odczyt o szczególniejszym przebiegu plamicy krwotocznéj *(purpura haemorrhagica)* w przypadku, który się zakończył wyzdrowieniem. Gdy tego roku we Wrześniu spostrzegałem drugi przypadek téjże choroby, który, aczkolwiek różni się znacznie w swym przebiegu od pierwszego, ma jednak pewne doń podobieństwo, zwłaszcza z powodu zajęcia stawów, jak niemniéj charakterystycznym jest ze względu na zajęcie szczytu płuca, postanowiłem takowe podać do szerszéj wiadomości.

Przypadek I. A. B., lat 43 liczący urzędnik, żonaty od lat 18. Dzieckiem będąc przebył chorobę gorączkową, prawdopodobnie tyfus, zresztą był zawsze zdrowym.

W nocy z 6 na 7 lipca 1883 doznał bardzo silnych bólów w brzuchu. — Zawezwany dnia 7 lipca lekarz podaje, że stwierdził ciepłotę ciała 39·3°, brzuch miernie wzdęty, okolicę żołądka bolesną i śledzionę znacznie obrzękłą. Po dwu dniach ustąpiła gorączka, aż 12 lipca pojawił się dreszcz i kłócie w lewym boku, 13 lipca stwierdzono zapalenie płuca prawego. Wśród pomyślnego przebiegu tegoż w nocy z 23 na 24 lipca wystąpiły powtórnie znaczne boleści w brzuchu, nudności, wymioty (bez krwi), znaczne osłabienie.

Chory przy badaniu 24 lipca przedstawia się jako mężczyzna wzrostu średniego, o powłokach ogólnych bladych, w odżywieniu podupadły. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno pełne. Język obłożony. Wypuk płuc wykazuje z tyłu prawego płuca od dołu stłumienie ograniczone i w tém miejscu

brak szmerów oddechowych a z głębi przebijają skąpe rzężenia grubobańkowe. Tony serca głuche. Brzuch niewzdęty. Okolica żołądka miernie bolesna; poniżéj zaś pępka znaczna bolesność. Całe podpępcze lewe wykazuje stłumienie odgłosu wypukowego. Wątroba i śledziona rozmiarów prawidłowych. Na przedniéj powierzchni lewego podudzia jest obrzęk podskórny rozlany, który zajmuje zarazem i okolicę kolana. Chory skarży się na przemijającą bolesność w stawach barkowych i na znaczny ból w lewém kolanie. Mocz oddaje prawidłowy. Stolec od kilku dni wstrzymany. Łaknienie zniesione, odbijania częste. Chory uskarża się na boleści w brzuchu. Zalecono środki przeczyszczające (lawatywy, olej rącznikowy) bez skutku, gorące okłady na brzuch, pod któremi chory niemal natychmiast doznawał ulgi, podczas gdy pod zimnemi okładami uczuwal coraz większe bóle, przeciw nudnościom połykanie pigułek z lodu, a następnego dnia, tj. 25 lipca, gdy się pojawiło kilka stolców rzadkich, śluzowatych, podano *chininum tannicum c. plv. Doweri*. Dyjeta płynna. Tegoż dnia stłumienie odgłosu wypukowego brzucha utrzymuje się, boleści pojawiają się od czasu do czasu; chory jednak przespał się w nocy. 26 lipca odbijanie, nudności, czkawka, znaczne osłabienie, ciepłota niższa od prawidłowéj. Stwierdzono powiększenie się rozmiarów śledziony. Leczenie: środki podniecające. 27 lipca. Stan ten sam. Kilka stolców rzadkich, popołudniu kropla krwi w stolcu i strzępki obumarłéj tkaniny. 28 lipca. Trzy stolce rzadkie, z krwią zmięszane. Stłumienie podbrzusza utrzymuje się. Odtąd pojawiają się 2—3 a niekiedy i 5 stolców na dobę, złożonych niemal wyłącznie z krwi barwy ciemnéj, podobnych do rozrobionego powidła. Do stolców przymięszanym bywa czasem śluz i strzępki obumarłéj tkaniny, jak 27 lipca. Bóle w stawach trwają. Chory skarży się na ciągłe nudności. Po upływie tygodnia pojawiają się na brzuchu podbiegnięcia krwawe, powierzchowne, rozległości od ziarnka soczewicy aż do ziarnka bobu, nieznikające za uciskiem. Plamy te wznoszą się z czasem nad powierzchnię otaczającéj skóry, zlewają się ze sobą dawne, a występują nowe już nie tylko na powłokach brzusznych, ale i odnogach górnych i dolnych, tudzież na czole. Stolce stają się coraz częstszemi, o składzie tym samym. Stłumienie brzucha utrzymuje się z małemi zmianami, które, zwłaszcza po kilku stolcach, dosyć rychło po sobie następujących, spostrzegać się dają a mianowicie: stłumienie zmniejsza się co do rozległości, za kilka atoli godzin znowu się zwiększa a zarazem wzmaga się bolesność brzucha. Zauważano téż kilkakrotnie, że ciepłota bywała subnormalną, co właśnie po ponownêm przybraniu stłumienia miewało miejsce.

Chory zachowywał dyjetę wspomnianą a przez 10 dni sierpnia, kiedy stan był nader groźnym z powodu znacznéj utraty krwi, podawano mu oprócz środków podniecających, zimnych okładów, także serwatkę z ałunem.

6 sierpnia sprawdzono ślad białka w moczu.

Stan taki trwał z małemi odmianami w nasileniu przypadów, a coraz częstrzemi stolcami krwawemi aż do 10 sierpnia, w którymto dniu około godz. 11 w nocy zaczął się chory pocić, a po kilkogodzinnym śnie obudził się nazajutrz silniejszym. Stolce odtąd średnio po dwa dziennie, rzadkie, skąpe, coraz mniéj krwi zawierały, bolesność brzucha zmniejszała się a zarazem i stłumienie ustępowało. Plamy na skórze ulegały zwyczajnym zmianom barwikowym. Śledziona powiększona, bolesność stawów tudziez obrzęk podskórny obydwu odnóg dolnych utrzymywał się przez czas dłuższy. Chory jednak przy téj saméj dyjecie i leczeniu skrzepiającém przychodzi powoli do siebie.

Skoro pojawił się stolec uformowany należycie, zimne okłady na brzuch zastąpiono wysychającemi, a powoli przyczyniano stosownych pożywek z każdym dniem. Najdłużéj utrzymywała się bolesność w stawach i obrzęk odnóg dolnych. Wśród rekonwalescencyi ilość białka w moczu zwiększała się, pewnego dnia chory uczuł kilkakrotnie dreszcz i doznawał od tego czasu bólu jużto w okolicy kości ogonowéj jużtéż nad spojeniem łonowém, pęcherza nie wypróżniał zupełnie oddając mocz z bólem, który umiejscawiał w szyjce pęcherza. Czopki morfinowe, kąpiele nasiadowe ciepłe tudzież woda Gieshübelska, łagodziły te przypady. Badanie palcem przez odbytnicę wykazało znaczną bolesność po stronie lewéj i bolesny obrzęk tamże w miejscu, jak tylko najwyżéj sięgnąć można było palcem ku pęcherzowi. Po dwutygodniowém trwaniu tych przypadów odeszła z odbytnicy podczas uczucia parcia na stolec, gęsta i śmietankowata ropa, w ilości 4 łyżek, poczém chory doznał ulgi i polepszenia w oddawaniu moczu. Wraz z ropą odeszły w znacznéj ilości strzępy obumarłéj tkaniny.

Zalecono przepłukiwanie odbytnicy czystą, ciepłą wodą 2 razy dziennie, a następnie przestrzykiwanie rozczynem kwasu salicylowego. Przynajmniéj przez 10 dni odchodziły po każdorazowém przestrzykaniu w znacznéj ilości strzępy obumarłéj tkaniny. Apetyt chorego wzmagał się i siły wracały. Mocz odchodził w znacznéj ilości, wykazywał jednak ciągle białko, które utrzymywało się jeszcze przez kilka tygodni, aż z czasem ustąpiło zupełnie.

Dodać winienem, że śledziona jeszcze w porze ozdrowienia była przez dłuższy czas powiększoną i sprawiała choremu, już wychodzącemu z domu, tępy ból.

Przypadek II. C. D. doznawała w drugiéj połowie sierpnia 1885 uczucia ogólnéj niedomogi i straciła apetyt. Mimo zaleconego *ferr. c. chinino* i zachowywania odpowiedniéj dyjety stan choréj pogarszał się z każdym dniem, aż z końcem sierpnia wystąpił dreszcz a potém gorączka. Zawezwany dnia 4 września, znalazłem osobę około 28 lat, która rodziła 2 razy, o ciepłocie ciała 39·5°, tętnie 108, dosyć pełném, skarżącą się na brak łaknienia, odbijanie, ogólne osłabienie, bezsenność i suchy kaszel. Bez kaszlu jednak odpluwa chora plwocinę śluzową, pomieszaną z krwią ciemno czerwoną w małéj ilości. Lekki ból głowy. Słuch upośledzony. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Dalsze badanie wykazało: osoba dosyć dobrze odżywiona, niedokrwna. Język obłożony. Klatka piersiowa długa, mało wysklepiona, dołki nadobojczykowe uwydatnione. W szczycie prawego płuca stłumienie odgłosu wypukowego, a przysłuch wykazuje w odnośném miejscu wdech i wydech zaostrzony, w innych zaś częściach płuc objawy lekkiego nieżytu oskrzelowego. Zalecono *decoctum chinae regiae* i *liq. Halleri* tudzież okłady zimne na głowę, dyjetę płynną.

6 września sprawdziłem w skórze czoła i policzków rozległe wynaczynienia krwi, nieregularnego kształtu, nieznikające za uciskiem, przeważnie tak gęsto ułożone, iż pominąwszy przykre wrażenie, jakie sprawiało wejrzenie choréj na pierwszy rzut oka zdawało się, jak gdyby czoło i policzki choréj były ciemną farbą pomalowane. Szmer nie ustąpił, ale nie zwiększył się, bezsenność, stolce częstsze wolne, ale bez krwi lub innych zmian chorobowych. Stan płuc ten sam. Ciepłota 39.9° tętno 100. Śledziona sięga do łuku ale niemacalna. Ból w okolicy lewego stawu żuchwowego, któryto

okolica jest lekko obrzękłą. Zalecono to samo co poprzednio a nadto okłady z wody z octem na policzki i czoło *ung. belladonnae* dla złagodzenia bólu w stawie żuchwowym, wreszcie dla powstrzymania rozwolnienia *chininum tannicum c. pulv. Doweri*. Dnia 9 września stan ten sam. Na obu ramionach, w mniejszéj zaś liczbie na przedramionach wystąpiły plamy, przeważnie kształtu okrągłego, rozmieszczone w znacznéj od siebie odległości, bez szczególniejszego usadowienia na którejkolwiek powierzchni. Mocz barwy czerwonéj zawiera białko. Leczenie zostało to samo. 13 września ból w okolicy stawu żuchwowego lewego ustał; plamy przeobrażają się, zmieniając barwę, nowe nie pojawiły się; ciepłota zaczyna opadać, rozwolnienie ustało, chora ma lepszy sen. Stan płuca prawego utrzymuje się. Leczenie to samo z dodatkiem posypywania ciała pudrem z kw. salicylowego skrobi i łojku, z powodu, że w nocy chora poci się bardzo. 17 września ciepłota stopniowo niższa, tętno 88 przed południem, język czysty, nigdzie bólów nie ma, śledziona rozmiarów prawidłowych, szum w uszach znacznie mniejszy, w moczu nie ma białka. Wynaczynionki mniéj znaczne. Objawy fizyczne w szczycie prawego płuca te same. Chora nabiera apetytu. Odtąd nie widziałem choréj aż 16 października i stwierdziłem wtenczas stan bezgorączkowy, słuch powrócił zupełnie, odżywienie poprawiło się znacznie. Stłumienia w prawym szczycie nie ma.

W każdym z powyższych przypadków mamy do czynienia z plamicą krwotoczną, któréj ciemną jest etyjologija, mało wyjaśnia anatomija a przynajmniéj nie podaje pewności w tłumaczeniu najważniejszych zmian, strona kliniczna wreszcie pozostawia wiele do życzenia. Sama okoliczność, że Skoda, Wunderlich, Hebra, Kaposi i inni nie podają zupełnie zgodnéj definicyi choroby, oznacza, że istota jéj w ogóle nie jest jasną. I tak Hebra, a za nim Kaposi, w ostatniém wydaniu chorób skórnych, wprowadza wiele nazw, odnosząc je jużto do formy, jużtéż do usadowienia się wybroczyn, lub wreszcie do wybitniejszego przypadu. Odróżnia on *purpura* albo *peliosis rheumatica, purpura simplex, p. haemorrhagica*, którą także „*Landscorbut*“ chce nazwać, jak gdyby znaną była jaka różnica między gnilcem na morzu a gnilcem na stałym lądzie. Wreszcie identyfikuje *purpura* z gnilcem, jeżeli tylko z początkiem choroby wystąpią równocześnie zmiany na dziąsłach.—Podobne zamięszanie panuje i w wykładzie Skody (*Morbus maculosus Werlhofii*, wykład Skody w Comp. Krausa), a Wunderlich (*Handbuch der Pathologie u. Therapie*) nazywa plamicę krwotoczną odrębną chorobą, która ma wiele przypadów właściwych gnilcowi, a wiele jemu zbywających. Immermann (w zbiorowém dziele Ziemssena) zaprowadza porządek w tym kierunku, podciągając wszystkie formy z ich odmianami, pod jednę wspólną nazwę.

Uważa on *purpura simplex* i *rheumatica, febrilis* i *afebrilis* a nawet *mixta* za *purpura haemorrhagica*, czyli *m. maculosus Werlhofii*, rozumiejąc przez to chorobę, objawiającą się samoistnie, na podstawie skłonności krwotocznéj (*diathesis haemorrhagica*), jużto w skutek zmian chorobowych w krwi, jużtéż w naczyniach, albo wreszcie w obojgu. Początek choroby bywa albo od razu krwotocznym, albo téż zejdzie tydzień na uczuciu ogólnéj niedomogi, bólu głowy, braku łaknienia (przyp. II), zanim pojawią się wynaczynienia podskórne, które nie sprawiają wcale bólu. Barwa wynaczynionek nie zmienia się pod uciskiem, ale z czasem ulegają one zwykłym przemianom barwikowym. Do tego przyłączają się bóle w stawach i obrzmienia takowych, daléj przystępują krwotoki z nosa, oskrzeli, żołądka, kiszek, dróg moczowych, części rodnych niewieścich, z dziąseł (lecz nie ma tu sinawego zabarwienia dziąseł, jak w gnilcu, ani zwiotczenia ich, obrzęku lub téż bolesności) krwotoki do jam opłucnowych, do jamy otrzewnowéj, do błon mózgowych itp. Trzymając się zasady Immermanna nie możemy się zgodzić z Henochem (*Berl. klin. Wochenschrift* 1868, Nr. 50 i 1874 Nr. 51), który powiada, że nie napotkał w literaturze plamicy krwotocznéj przypadków, w którychby tak wybitną rolę odgrywały przypady przewodu pokarmowego, jak w przypadkach przezeń obserwowanych i dla tego chorobę, która oprócz właściwych plam (*purpura*) i krwotoków z kiszek charakteryzuje się wymiotami, kolką, boleściami i bólami reumatycznemi uważa jako *morbus sui generis*, któréj istota nie jest znaną. Raczéj bowiem utrzymać należy nazwę ogólną, zbiorową, plamica krwotoczna, aniżeli dzielić nieznane x stworzeniem nowych działów na podstawie symptomatologicznéj a przez to nie wyjaśniać sprawy, ale mnogością nazw bardziéj ją wikłać. Idąc za Henochem należałoby nasz II przypadek zaliczyć do osobnéj grupy, wybroczyny bowiem znajdowały się najprawdopodobniéj w uchu środkowém, skoro chora niemal równocześnie z pojawieniem się plam na powłokach zewnętrznych zaczęła doznawać upośledzenia słuchu i ciągłego szumu, któreto przypady ustąpiły z chwilą, kiedy się już całe nasilenie chorobowe przełamało. Także do innéj grupy należałby przypadek, spostrzegany przezemnie w tutejszym powiecie u 8 letniéj dziewczyny, któréj całe powłoki zewnętrzne jak gdyby zasiane były plamami krwotocznemi od wielkości ziarnka siemienia do téjże grochu i w moich oczach wymiotowała szczerą krew i takąż samą oddawała stolcem. Stan był bezgorączkowym a w narządach wewnętrznych nie wybadałem żadnych zmian chorobowych.

Najważniejszym przypadem u Igo chorego były wynaczynienia i krwotoki z kiszek, którym towarzyszyły znaczne boleści w brzuchu. Nagromadzanie i następowe wydalanie wynaczynionéj krwi z jelit sprawiało, że po lewéj stronie brzucha mieliśmy raz wypuk stłumiony, to znów jawniejszy. W których częściach jelit, w skutek jakich zmian anatomicznych, wybroczyna następowała, rozstrzygnąć nie podobna, nie chcąc się zapuszczać w teoretyczne przypuszczenia.

Następnie mieliśmy do czynienia w Iszym przypadku z ograniczonym wysiękiem do jamy opłucny prawéj, gdyż tak tłumaczę objaw stłumienia z tyłu w dole klatki piersiowéj po stronie prawéj i brak tamże stłumienia szmerów oddechowych; daléj z wynaczynieniem krwawém do śledziony, jak również do ściany pęcherza. W skutek ostatniego powstała wreszcie *pericystitis*; krew zatém wynaczyniona nie uległa wessaniu, jak to nastąpiło w innych miejscach, ale prawdopodobnie w skutek sąsiedztwa z odbytnicą, przyszło do wytworzenia się ropnia, który ostatecznie otwarł się do odbytnicy. Z powyżéj opisanych przypadów charakterystycznemi są tak w Iszym jak w IIgim przypadku, bolesność i obrzęki stawów. W II przyp. nadto pojawianie się plam krwotocznych przeważnie na czole i twarzy, podczas gdy w plamicy krwotocznéj sadowią się one szczególniéj na brzuchu, w okolicy części rodnych i na dolnych odnogach. W Iszym przypadku gorączka trwała tylko z początku choroby, w IIgim zaś według obserwacyi przez 24 dni. W obu razach mieliśmy białkomocz, który w Iszym przypadku pojawiał się z końcem 4 tygodnia choroby i wzmagał się aż do chwili ustąpienia *pericystitis;* poczém utrzymywał się jeszcze d. 19 października 1883 w ilości 0.008% a zatém przez 75 dni od pojawienia się, w IIgim zaś ustąpił wraz z innemi przypadami.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje wybroczyna w miąższ szczytu prawego płuca, która w obec uwidocznionego przebiegu gorączki, a nadto ze względu na okoliczność, że chora pochodzi z matki gruźliczéj a rodzoną starszą jéj siostrę z naciekiem prawego szczytu leczyłem przed 2 laty na krwioplucie—imponowała mi na razie jako naciek szczytowy.

Na tém kończę moje uwagi, dodając, że dotychczas nie znaleziono we krwi ani téż w naczyniach włosowatych właściwych zmian, któreby posłużyły do wytłumaczenia przypadów plamicy krwotocznéj a Zuelzer powiada *„die Pathogenese der Krankheit ist in völliges Dunkel gehüllt“*.

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Wszystkie powyżéj opisane wyrzuty przypominają kształtem swym archipelagi mapy jeograficznéj *(lichen planus geographicus)*. Grudki, gromadki grudek i plamki, większe lub mniejsze są barwy fijoletowo-szaréj lub ciemno szaréj, popielatéj. Inne są plaskie, inne znów zagłębione w środku lub wklęsłe na całéj swéj powierzchni. W wielu zaś miejscach powierzchnia osutki przedstawia łuszczenie się; łuski są bardzo drobne, co nadaje osutce wejrzenie niby zapylone.

Nigdzie na skórze chorego nie dostrzegamy utworzenia się pęcherzyków, krostek, nadżarć lub zdrapań. Objawów zapalnych żadnych. Osutka nie wywołuje żadnych dolegliwości (bólu, swędzenia). Paznogcie, włosy oraz błony śluzowe nietknięte. Chory mało poci się.

Opierając się na powyższych objawach przedmiotowych, spostrzeganych na skórze chorego, oraz uwzględniając umiejscowienie, usadowienie się i przebieg powolny osutki, cierpienie skóry w przypadku naszym uważać należy jako *lichen planus chronicus,* nadzwyczaj przewlekłe pierzchnice płaskie tułowia i odnóg, oraz okolicy czołowéj. Sprawa chorobowa skóry wstąpila już w wielu okolicach ciała w okres przeobrażenia wstecznego (łuszczenie, ciemne zabarwienie i spłaszczenie osutki) i gdzieniegdzie wcale nawet przygasała, na co dosadnie znów wskazywały objawy zanikowe: zaklęknienie plam, barwa ich itd. W niektórych wszelako okolicach skóry spostrzegane wystąpienie świeżych grudek wskazywało na rozwój postępowy zaburzenia skóry. Osutka na prawéj ręce miała postać przerostową z uwarstwieniem przyskórka *(lichen plan. cornéen Vidala)*. Etyjologija choroby w danym przypadku pozostała niewyjaśnioną. Przebieg dalszy cierpienia skóry oraz wynik leczenia w klinice zastósowanego (przetwory arsenu wewnątrz w pigułkach tak zwanych azyjatyckich) nie był spostrzegany; chory bowiem kilka zaledwie dni w klinice pozostawał i wyszedł na wyraźne własne żądanie.

Rozpatrzywszy nasz przypadek, przejdziemy z kolei do omówienia anatomii patologicznéj, rozpoznania, rokowania i leczenia pierzchnic płaskich.

Zmiany anatomo-patologiczne spostrzegane w skórze przy pierzchnicach płaskich były przedmiotem badania wielu autorów (Tilbury Fox, Kaposi, Obtułowicz, Neumann, Koebner, Weyl, Vidal, Leloir, Robinson).

Najwcześniejsze dokładne badania dokonane zostały, o ile się wydaje, przez Tilburego Foxa, który w częściach skóry, wyciętych z okolic, dotkniętych *c. lich. plano* znalazł przekrwienie głębokich części brodawek włosowych, oraz bujanie komórek tkanki łącznéj w warstwach zewnętrznych pochwy włosowéj. Podobnych zmian dopatrzyli przy pierzchnicach płaskich Kaposi i Obtułowicz.

Neumann zaś przeciwnie żadnych zmian w torebkach włosowych w téj chorobie nie znajdował. Według autora tego zmiany dotyczyły:

1. Brodawek skórnych, których objętość zwiększoną była, naczynia zaś krwionośne znalazł w tém miejscu rozszerzonemi.

2. Przyskórka, który w okolicach skóry przez pierzchnice płaskie zajętych, znacznie był zgrubiałym.

3. Gruczołów potnych, głównie podlegających zaburzeniom, a mianowicie bujanie komórek wykazujących.

4. Rozpleń komórkowy w postaci rozrzuconych wysepek spostrzeganym był również w tkance łącznéj skóry właściwéj.

Według Koebnera i Weyla początkowe zmiany występują w warstwie górnéj skóry i znamionują się onaczyniowym rozrostem naczyń; poczém dopiero nacieczenie komórkowe brodawek skóry nastaje.

Według Auspitza istota zmian patologicznych w *lichen planus* zasadza się na zaburzeniach warstwy rogowéj przyskórka, w okolicy torebek włosowych. Zdanie Auspitza wydawało się jak dotąd najbardziéj trafném. Przynajmniéj ostatnie badania dokonane przez Vidala i Leloira wykazują, iż główne zmiany w pierzchnicach płaskich dotyczą przyskórka. Tenże grubieje, przyczém przerost uwidocznia się najbardziéj w warstwie Malpighiego, z któréj w przestworach pomiędzy brodawkami długie korki przybłonkowe wyrastają. W tych zaś miejscach, gdzie grudki są wklęśnięte, warstwa Malpighiego zanika. Ilość elejdyny w warstwie rogowéj przyskórka zwiększa się; warstwy górne skóry wykazują nacieczenie komórkowe, umiejscowione przeważnie obok naczyń, torebek włosowych i gruczołów potnych. Torebki włosowe wykazują również zmiany widoczne, a mianowicie rozrost pochwy korzenia z wyraźną dążnością komórek do szybkiego zrogowacenia. Gruczoły potne zwykle zanikają, naczynia włoskowate rozszerzają się, a gładkie włókna mięśniowe pęcznieją, zwiększają się co do objętości. Nerwy oraz gruczoły łojowe pozostają zaś nietknięte.

W postaci pierzchnic płaskich opisanéj przez Vidala jako *lichen plan. cornéen,* przerost warstwy rogowéj najwyższego dosięga stopnia; warstwa ta staje się czterykroć grubszą (porównaj zmiany na prawéj ręce w naszym przypadku).

Wykazane przez Vidala i Leloira zmiany drobnowidowe w skórze przy pierzchnicach płaskich zbliżają cierpienie to do łuszczycy *(psoriasis)*. W ostatniéj chorobie przeważne zmiany również dotyczą przyskórka, którego komórki przedstawiają przerost i nieprawidłowe zrogowacenie. Lecz pierzchnice płaskie wyróżniają się od łuszczycy pod względem histologii: 1) zajęciem torebek włosowych; 2) wyraźniejszém zrogowaceniem przyskórka i zwiększeniem ilości eleidyny w warstwie rogowéj; 3) wyraźniejszém nacieczeniem komórkowém na skórze około naczyń i gruczołów.

Robinson potwierdza w ogólności zmiany drobnowidowe, wykazane przez Vidala i Leloira, znajduje jednak, iż 1) gruczoły potne i torebki włosowe wcale zmian nie przedstawiają; 2) zajęcie przyskórka jest objawem następo-

wym w pierzchnicach płaskich, pierwotnie zaś spostrzega się zapalne zmiany w górnych warstwach skóry. Zgodnie z Robinsonem zapatruje się na patologiczne zmiany skóry w *lichen planus* i Weyl, który wyniki swych dociekań świeżo ogłosił. Robinson opierając się na dokonanych przez siebie badaniach, utrzymuje, iż *lichen planus* a *lichen ruber acuminatus* sąto wcale różnorodne cierpienia: sprawa chorobowa w *lichen planus* rozpoczyna się od zajęcia właściwéj skóry i dopiero późniéj powstają zmiany właściwe przyskórka; drugą zaś chorobę cechuje pierwotne zajęcie przyskórka, rozpoczynające się od gruczołów potnych, poczém dopiero następują zmiany w górnych warstwach skóry właściwéj. (Dok. n.)

Babes: **O metodzie Pasteura.**

Rząd węgierski wysłał Dra Babesa, prof. histologii w Uniwersytecie peszteńskim, do Paryża, aby tamże nauczył się u Pasteura ochronnéj metody szczepienia wścieklizny. Prof. B. w *W. med. Presse* pomieszcza listy o metodzie Pasteura, — których krótką treść podajemy.

Pasteur już od 5 lat czynił na zwierzętach badania odnoszące się do ochronnego szczepienia wścieklizny, i dopiero gdy powiodło mu się otrzymać jad pewnie działający i w pewnym czasie stale wściekliznę wywołujący, rozpoczął znane próby na ludziach. Opis pierwszych prób jest znany, dodaje tylko B., że pies, który w pierwszym przypadku odgrywał rolę, był niezawodnie wściekły, a daléj, że na ludziach, o których mowa, ukąszenia były tego rodzaju, że według dotychczasowych doświadczeń prawdopodobnie w 90% byłoby przyszło do wybuchu wścieklizny, a to dla wieku pokąsanych i miejsca ran i to co najwyżéj w ciągu dwu miesięcy po obrażeniu; dzięki bowiem badaniom Bouleya, Bollingera i Brouardela, możemy dziś z większą niż dawniéj pewnością wściekliznę rozpoznawać. Do 1 grudnia 1885 szczepił Pasteur 60 osób, pomiędzy któremi wiele dzieci pokąsanych na twarzy i szyi, przypuścić więc można, że z pośród nich u 90% niewątpliwie byłaby dotąd wybuchła wścieklizna. Do 15 grudnia liczba leczonych wzrosła do 100 pokąsanych przez istotnie wściekłe psy i poprzednio nieleczonych, a mimo, że od tego czasu upłynęło 40—50 dni, ani jeden z pokąsanych nie zachorował na wściekliznę. Z uwagi, że średnio połowa, a co najmniéj 40%, pokąsanych staje się ofiarą wścieklizny, a mianowicie 30% przed 60ym dniem, trzeba uznać, że wielkie znaczenie ma okoliczność, iż Pasteur ani jednego z leczonych nie stracił. Od 15 grudnia 1885 aż do 18 stycznia r. b. leczono znów 100 osób. Jedna tylko szczepiona dziewczyna zmarła z wścieklizny i to w wyjątkowych okolicznościach. Dopiero w 37 dni po ukąszeniu dostała się do zakładu Pasteura: całą skórę z głowy zdarł jéj pies wściekły, który ją prócz tego pokąsał na grzbiecie i barkach. Pasteur z powodu, że u niéj już lada chwila można się było wybuchu wścieklizny obawiać. i że nie spodziewał się skutku ze szczepienia, poddał ją leczeniu li na wyraźne życzenie i prośby rodziców. 14 dnia po ostatniém szczepieniu wybuchła wścieklizna. Inni chorzy leczeni przez Pasteura dostawali się w jego opiekę w parę godzin do 20 dni po pokąsaniu i to wielu na twarzy. Pomiędzy leczonymi znajdowało się 40—50 dzieci, które zresztą są bardzo wrażliwemi i u których wścieklizna rychło wybucha. —

W liście drugim powiada B., zważywszy, iż gdyby pokąsanych w ten sposób nie leczono, to dotychczas przynajmniéj 30 z nich byłoby padło ofiarą wścieklizny, zważywszy daléj uspokojenie, jakiego użycza pokąsanym ufność w sposób leczenia, stajemy się skłonnymi do pogodzenia się z postępowaniem Pasteura. Prawda, że postępowanie to opiera się po części na chwiejnych hipotezach a po części w ogólności jest tylko rzeczą doświadczenia, pod tym względem zresztą sam Pasteur wyznaje, iż osiąga czynnikami nieznacznemi, niewyjaśnionemi, tak ważny dla ludzkości wynik. Technika jego sposobu jest prostą wprawdzie, ale wymaga jak największéj ostrożności. Najmniejszy błąd wystarczy aby taki człowiek uległ wściekliznie w skutek szczepienia, u którego wścieklizna w skutek ukąszenia prawdopodobnie nie byłaby wybuchła. Opisawszy sposób otrzymywania jadu do szczepienia i leczenia zwierząt i ludzi powiada B., że cała metoda polega na stałości i trwałości jadu. Gdyby się Pasteurowi nie było udało otrzymać istoty zawsze jednostajnéj i jednako zarażającéj, to szczepienie następowe nie byłoby możebném. Pasteur szczepi codzień na inném miejscu brzucha. Po szczepieniu zwłaszcza w ostatnich dniach silniejszym jadem rozwija się w okolicy szczepienia czerwoność wielkości centa do czterocentówki i mała twardość, które jednak nikną zazwyczaj po 24 godzinach. Raz tylko rozwinęły się większe obrzmienie i czerwoność prawie wielkości dłoni, które jednak zniknęły również prawie zupełnie po 2 dniach. Skóra u téj osoby była zresztą bardzo czułą. W ogóle powiedzieć można, że wzmiankowany mały odczyn występuje raczéj u osób o białéj skórze, niż u osób o ciemnéj barwie cery.

W liście trzecim podaje B., że robiona na psach i królikach trepanacyja jest bardzo prostym rękoczynem i sprawia zaledwo raz na 100 razy wrzód w mózgu a i chloroformowanie przy téj metodzie nie jest połączone z niebezpieczeństwem. Psy pokąsane poprzednio przez psy wściekle, lub którym przy trepanacyi zaszczepiono wściekliznę, można jeszcze w 12 dni ze skutkiem ochronnie szczepić; wiele tego rodzaju psów zostaje w obserwacyi już dłużéj niż rok. B. nie wątpi, iż uzyskane wyniki będą jeszcze pewniejszemi, skoro metoda udoskonaloną zostanie.

Najważniejszém jest uzyskanie jadu, mianowicie „*Virus fixe*“, bez czego do wytworzenia jego potrzebaby ciągłych szczepień dłużéj niż rok trwających.

Skreśliwszy następnie wiele szczegółów co do pomieszczenia zwierząt szczepionych, co do pielęgnowania tychże itd. kreśli B. wrażenie, jakie na nim badania Pasteura uczyniły.

Pracownia jego nie jest ani wielką ani téż odpowiednio urządzoną, a braki jéj po części tylko równoważy genijusz Pasteura i prostota jego sposobu.

Wszyscy jego pomocnicy zajęci są obecnie badaniami dotyczącemi wścieklizny: dostarczaniem zwierząt, szczepieniem, sekcyjami i przyrządzaniem jadu ochronnego. Co do badań Pasteura to nadmienia B., iż sądząc po dotychczasowych praktycznych wynikach zdają się one być bardzo ważnemi, chociaż w ścisle naukowym względzie sposób badań, a mianowicie myśl przewodnia w wielu jeszcze kierunkach są nieokreślone i ciemne.

Jakżeż bowiem np. objaśnić, że przeciw zaszczepionemu jadowi po dniach, a nawet tygodniach, stosować można szczepienie ochronne? Przypuściwszy, że dotychczasowa korzystna statystyka nie jest jakimś cudownym przypadkiem, oraz że wścieklizna u wielu szczepionych osób nie wybucha, korzyść szczepienia ochronnego, zdaniem B., w jeden tylko sposób wytłumaczyć się daje. Trzeba mianowicie przypuścić, że jad wścieklizny najpierw uogólnia się w całém ciele, któremuto uogólnieniu nie towarzyszą żadne objawy a po pewnym dopiero

czasie umiejscawia się w ośrodkowym systemie nerwowym i w ówczas to wybucha wścieklizna.

Podobne zjawisko spostrzegamy w różnych innych chorobach zaraźliwych, różnica tylko leży w tém, że w reszcie chorób zaraźliwych uogólnieniu towarzyszą gorączka i inne łatwo dostrzegalne objawy, które już same przez się życiu grozić mogą. Cel szczepienia ochronnego, rozpoczynającego się słabym jadem a kończącego się silnym, polegałby zatém na tém, że przez to ustrój, prawdopodobnie komórki, powoli przyzwyczaja się do niszczenia jadu, jak to co do innych chorób zaraźliwych Mencznikow wykazał. Jeżeli nakoniec przez ostatnie najsilniejsze szczepienie ochronne komórki przyzwyczaiły się do niszczenia i najsilniejszego jadu, będą też zdolne wraz z najsilniejszą szczepionką unieszkodliwić pierwotnie ogólny a jeszcze nieumiejscowiony jad.

Tylko w ten sposób można wytłumaczyć niektóre sposoby przez Pasteura stosowane a niedające się w inny sposób wyjaśnić.

Liczba przez Pasteura dotychczas szczepionych wynosi 220 osób. Pewien Francuz wyleczony przez Pasteura miał mu zapisać 40,000 fr. na zapomogi dla osób ubogich, przez psy wściekłe pokąsanych. (*Wien med. Presse* 1886 Nr. 6, 7).

Dr. Grabowski.

Rühle (Bonn): **Jakie higijeniczne zarządzenia wynikają z nowych badań nad gruźlicą?**

(Treść wykładu mianego w dolnoreńskiém Stowarzyszeniu dla higijeny publicznéj).

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Nie lepiéj ma się rzecz z pytaniem, w jaki sposób grzybek gruźliczy do ustroju ludzkiego wnika? Twierdzono, że przy wdechu i w takim razie płuco zapada, że go połykamy a brzuch zapada, lub też że dostaje się przez rany.—Zbijanie tych powierzchownych zapatrywań za dalekoby nas za prowadziło, wystarczy, gdy powiemy, że dróg wnikania grzybków nie znamy.

Bardzo prawdopodobną jest rzeczą, iż tak rozpowszechniony grzybek gruźliczy trudno się przyjmuje i wymaga do rozwoju szczególnie przyjaznych okoliczności, inaczéj bowiem o wiele więcéj osób musiałoby być gruźlicą dotkniętych, aniżeli się to dzieje. Do wskazania środków ochronnych wystarcza przypuszczenie, że wszelkie ściślejsze, dłużéj trwające stosunki z dotkniętymi gruźlicą zwierzętami i ludźmi lub stykanie się z przedmiotami od nich pochodzącemi do gruźlicy powód dać może.

Odpowiedni grunt stanowi dalszy konieczny warunek wytworzenia się choroby. — W obec rozpowszechnienia gruźlicy przypuszczać wypada, że każdy ma dostateczną sposobność zarażenia się a że mimo to większość ludzi nie podpada gruźlicy, to powód tego leży jedynie w tém, że nie są usposobieni do usadowienia się w nich i rozwoju grzybka. Co jednak stanowi istotę usposobienia, nie wiemy, tymczasowo zatém zadowolić się musimy tém, iż poczytujemy ludzi silnych, w ogóle na wszelkie szkodliwości opornych za stanowiących grunt nieprzyjazny a słabowitych, źle odżywionych, za mniéj opornych, a więc za stanowiących grunt przyjaźniejszy. Tu też nawiązać się daje dziedziczność, przez którą przyjazny grunt albo odrazu istnieje, albo też wytwarza się w dalszym rozwoju, w życiu późniejszém. Uwzględniając te wskazówki, gdy idzie o wskazanie środków zaradczych w obec gruźlicy, pierwszém zadaniem, jakie się nasuwa, jest zadanie zniszczenia grzybka gruźliczego. O ile on w ludziach znajduje się, tego nie wiemy, a zawczesném byłoby już dziś żądanie palenia zwłok osób w jakikolwiek sposób gruźlicą dotkniętych. Zwierzęta gruźlicą dotknięte najlepiéj palić, niszczenie bowiem i zakopywanie części chorych jest środkiem zawsze bardzo niedokładnym. Niszczenie grzybków poza ustrojami ludzkiemi i zwierzęcemi jest jedynie częściowo możebném przez niszczenie i odwietrzanie wszelkich wydzielin, pochodzących od chorych gruźlicą dotkniętych, gruntowne czyszczenie bielizny, ubrań, pościeli, unikanie zanieczyszczenia dywanów, podłóg, pokrowców na meble itd. Do podejmowania jednak tego wszystkiego nakłonić rychléj może lekarz domowy aniżeli przepisy policyjne.

Daléj nasuwa się pytanie, jak przeszkodzić higijenicznemi urządzeniami, aby wszędzie znajdujące się grzybki nie wnikały do ustrojów jeszcze gruźlicą niedotkniętych? Przypuszczamy, że przy ścisłych stosunkach z ludźmi gruźlicą dotkniętymi grzybek może być przeniesionym. O ile stosunki te są stosunkami rodzinnemi, niemożliwemi są jakiekolwiek przepisy, pozostaje więc tylko nadzór nad stosunkami między osobami zostającemi z sobą w stosunkach zależności, jak stosunki nauczycieli, nauczycielek, akuszerek, służby, których świadectwo uzdolnienia winno opierać się między innemi dowodami na świadectwie, że osoby dotyczące nie pochodzą z rodzin gruźliczych i że same nie są gruźlicą dotknięte.

Z uwagi, że grzybki gruźlicze tkwić mogą na przedmiotach, których chorzy na gruźlicę długo używali i że grzybków gruźliczych w pokojach, łożkach, w których osoby gruźlicze przebywały, jeszcze późniéj nabyć można, wypadałoby mieszkania takie według przepisów oczyszczać i odwietrzać a publiczne szpitale winny stosować się do odpowiednich zarządzeń co do odosobniania i zabezpieczenia chorych na gruźlicę.

Widzieliśmy, że grzybki gruźlicze wymagają nader przyjaznego gruntu do usadowienia się i rozwoju; cóż więc przez rozporządzenia zdziałać można, aby ludzi uczynić oporniejszymi.— Tu schodzimy na pole ogólnéj higijeny, któréj dążeniem jest uczynić ludzi zdrowszymi, silniejszymi, sprawniejszymi a przez to będą też oni w obec pasorzytniczych przyrzutów oporniejszymi. Im czystsze powietrze wnika do płuc, im dokładniéj używamy płuc przy oddechaniu, tém rzadziéj ulegną one chorobie, im łepszém i odpowiedniejszém pożywienie, im prawidłowszą przemiana materyi przez dostateczną czynność mięśniową, tém prawidłowiéj wszelkie narządy spełniać będą swe czynności i tém mniéj szkodliwości zewnętrzne będą mogły czynności te zakłócać. O to też idzie w rozwoju i usadowieniu się grzybka gruźliczego, o to, kto zwycięży, wnikający grzybek lub komórka, do któréj się dostał. Jeżeli życie komórki jest dość energiczne, to zniszczy ono grzybek i nie rozwija on swego działania, przeciwnie gdy życie komórki nie jest prawidłowe i nie odbywa się z dostateczną żywotnością, to grzybek przeistacza komórkę, ona ulega a grzybek kwitnie.

Co się w końcu tyczy dziedziczności, to jest ona wprawdzie niejako artykułem wiary zasługującym na uwzględnienie, ale któż ośmieliłby się już dziś drakońskie stanowić prawa w téj ważnéj sprawie, w któréj jedynie rozsądek pojedynczych jednostek może mieć znaczenie. A jak wiele jeszcze upłynie czasu, zanim przy zawieraniu małżeństw wymaganém będzie świadectwo pochodzenia niegruźliczego i świadectwo, iż dotycząca osoba sama jest wolną od gruźlicy, a co jeszcze nie daje zupełnéj gwarancyi, tak również przyznać trzeba, iż środki zaradcze opierające się na odkryciu Kocha byłyby z tak dosadnemi połączone skutkami, iż do-

tychczasowa pewność ich podstaw nie odpowiada ich doniosłości. — W stosunkach prywatnych można według tych zapatrywań postępować, ale nie dojrzały one jeszcze do tego stopnia, aby stanowić mogły podwaliny ustaw.

Dr. Grabowski.

Lewin: **Nowy środek Piper methysticum (Kawa-Kawa).**

Korzeń *piper methysticum* zawiera w sobie oprócz innych części składowych dla nas obojętnych 2% żywicy, która posiada ważne własności lecznicze. Żywica ta złożona jest z dwóch głównych składników, dających się chemicznym sposobem rozdzielić, a mianowicie: z α żywicy i z β żywicy. α żywica jest dla nas najistotniejszą częścią, ponieważ główne działanie farmakodynamiczne jéj przypisać należy. Jestto istota ciągnąca się, zielonkowatobrunatna, (podczas gdy β żywica jest więcéj czerwono-brunatna), w alkoholu rozpuszczalna, w wodzie prawie nic, smaku ostrego, pieprznego, podobnego do silnych olejków aromatycznych. Wziąwszy ją do ust doznajemy palącego uczucia w ustach, a w parę chwil w miejscach, które były w styczności z żywicą, czucie zostaje zniesione. Drażliwość podniebienia zupełnie znika, przyczém wydzielanie śliny znacznie jest wzmożone. Po pewnym przeciągu czasu działanie to przechodzi, a czucie powoli wraca. Jeżeli zastosujemy ten środek w bardzo małéj ilości na spojówkę, to wkrótce następuje znieczulenie spojówki i rogówki, tak że ani jedna ani druga nie oddziaływają na żadne zewnętrzne bodźce. Galka oczna zdaje się być wystającą, szpara powiekowa rozszerzona, żrenice oddziaływają normalnie i są zwykłéj szerokości. Powoli działanie tego środka przechodzi, a czucie prawidłowe powraca. Zaraz po zastrzyknięciu podskórném następuje znieczulenie w obrębie, do którego środek ten dostał się przez wessanie. Oprócz miejscowego działania mamy też i ogólne. Ludzie po użyciu wyciągu z korzenia czują się rześkimi, zadowolonymi i siły ich umysłowe zdają się być podniesione. Doznają przytém miłego chłodzącego uczucia w ustach, co trwa 1—2 godzin, przytomność i zdolność rozumowania utrzymana w całéj pełni, a wszelkie fizyczne trudy mają lepiéj znosić. Po użyciu większéj ilości osoby takie doznają uczucia błogości, popadają w stan sennego oszołomienia, członki ich omdlewają, wola przestaje działać, kładą się i powoli zasypiają. Wszystko to odbywa się bez okresu podniecenia. Po nadużyciu występuje ból głowy i nudności, bezwład odnóg, drżenie nerwowe i senność. Stan taki może trwać 2—6 godzin, a po obudzeniu się pozostaje ociężałość w ciele. Wyciąg więc żywicy działa przedewszystkiém na zwoje ruchowe znajdujące się w istocie szaréj przednich korzeni, potém na zwoje czuciowe tylnych korzeni, a w końcu na zwoje mózgowe. Środek więc ten ma działanie miejscowo znieczulające i zmniejszające pobudzalność zwojów mlecza pacierzowego. Używać go można w wyciągach, nastojach rozmaitéj siły, a dawać go najlepiéj wkrótce po obiedzie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1886, Nr. 1). *Dr. J. Surzycki.*

Wicherkiewicz: **O nowym sposobie operowania zaćm niedojrzałych, oraz przyczynek do postępowania przeciwgnilnego w okulistyce.**

Autor przytacza w krótkości dawniéj podane sposoby Mutera, Graefego i Förstera, a nie wdając się w ocenienie ich wartości zarzuca im tę wadę, że zmuszają do poddania oka kilkakrotnym zabiegom operacyjnym, następnie zwraca się bardzo słusznie przeciw tym operatorom, którzy zaćmy niedojrzałe zwykłym sposobem operują. Niezadowolony z dotychczas podanych sposobów przyspieszenia dojrzałości nosił się W. dawno już z myślą, że zaćmy niedojrzałe możnaby operować z pomyślnym skutkiem, byle jamę torebki, po przecięciu jéj ściany przodkowéj należycie wypłukać. Nie będąc zwolennikiem operowania w uśpieniu musiał sobie jednak powiedzieć, że jest ono niezbędnym warunkiem zamierzonego wypłukania komórki. To téż dopiero znieczulanie zapomocą kokainu podało mu sposobność urzeczywistnienia dawno powziętego zamiaru. Gdy zapomocą strzykawki nie podobna uskutecznić przepłukania komórki przy jednostajném a przecież mierném tylko parciu, kazał więc w fabryce szkła Warmbrona i Gnilitza zrobić sobie, podaną w rysunku, undynę z bardzo długą i stosownie zakrzywioną rurą odpływową, któréj koniec zaopatrzył w nasadkę srebrną z małym otworkiem odpływowym, z którego ciecz tylko kroplami wycieka. Do przepłukiwania używa 1% rozczynu kwasu borowego, naprzód przegotowanego a następnie do 30° C. ostudzonego.

Uchwyciwszy undynę ręką prawą tak, żeby palec wskazujący zamykał otwór wpustowy wprowadza się jéj koniec, podczas gdy ręka lewa oko ustala, ostrożnie do komórki przodkowéj i sunie się go (w razie cięcia górnego) na dół aż do brzegu źrenicznego, następnie zaś poza tęczówkę do tylnéj komórki. Po oddaleniu palca wskazującego wypływa ciecz cienkim prądem i wypłukuje pozostałe szczątki kory, które w oczach operatora pęcznieją i rozpuszczają się. Po należytém wydaleniu szczątków zaćmy usuwa się undynę z oka, podczas gdy jéj otwór wpustowy jest otwarty, i spłukuje się przytém starannie okolicę ranki operacyjnéj. Wypłukanie takie oczyszcza obszar źreniczny w jednéj a najwyżéj w kilku minutach. Sposobu tego używał autor dotąd w 18 przypadkach głównie zaćm niedojrzałych schyłkowych, ale także i urazowych i na dwóch oczach z zaćmą warstwową (po rozcięciu torebki siedm a względnie dziesięć dni przed wydobyciem zaćmy) i przekonał się, że oczy znoszą bardzo dobrze takie wypłukanie komórki, które usunięcie zaćm niedojrzałych i urazowych znacznie ułatwia, czas leczenia skraca i ostateczny dobry wynik zapewnia. Niezbędny jest spokój tak operowanego jak operatora. U dorosłych osiągnąć go można za pomocą kokainu, u dzieci wskazane jest uśpienie.

Jakkolwiek wypadłby sąd o wartości tego sposobu operowania zaćm niedojrzałych, sądzi przecież autor, że uznać w nim trzeba koniecznie ważny postęp w stosowaniu leczenia przeciwgnilnego po operacyjach na przodkowym odcinku oka w ogólności a operacyjach zaćmy w szczególności.

Nieobojętną jest ciecz używana do takich wypłukiwań. Autor używał 1 i 2% rozczynu kwasu borowego i przekonał się, że oko znosi je bez objawów zadrażnienia, zachodzi jednak pytanie, czy takie rozczyny działają dostatecznie przeciwgnilnie, tudzież jakie inne środki i w jakiém stężeniu możnaby wstrzykiwać w danym razie do komórki oka. Rozwiązaniem tego pytania zajmuje się autor i przyrzeka ogłosić później swoje w téj mierze doświadczenia. (*Klin. Monatbl. f. Augenh.* listopad 1885). *Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. G. Sée. **Pyridin przeciw asthma neuropulmonare et cardiale.** Pyridin C_5H_5N powstaje przy suchém przekropleniu istot zwierzęcych, przy rozkładzie wielu zasad organicznych, jak cynchoninu, nikotynu, pilokarpinu, znajduje się daléj jako część składowa oleju zwierzęcego, oleju z węgla kamiennego, dymu tytoniowego itd. Jestto ciecz bezbarwna, o woni przejmującéj, w wodzie we wszystkich stosunkach rozpuszczalna, wrząca przy

115° C. Według doświadczeń autora pyridin ma własność zmniejszania pobudliwości ośrodków oddechania (Harnack i Meyer, *Arch. f. exp. Pathol.* XII, 394. zapisali zupełnie inne własności farmakologiczne. P. S.), i dla tego autor postanowił użyć go przeciw astmie. W tym celu w sali, mającéj koło 25 metrów objętości, ustawił na talerzach 4,0 do 5,0 pyridinu i po nasyceniu powietrza parami jego wprowadził do sali chorego. Wdechiwania trwały 20—30 minut i powtarzały się 3 razy dziennie. U wszystkich chorych następowało zaraz polepszenie. oddechanie stawało się lekkiém i swobodném. W końcu wziewania występowała senność. jako objaw zmniejszonéj energii mięśniowéj i obniżenia pobudliwości odruchowéj. Spostrzeżenia autora obejmują 15 przypadków. W 3 przypadkach już po 8—14 dniowém leczeniu napady duszności ustąpiły zupełnie, w innych przypadkach (*Asthma bronchiale et cardiale*) następowało bardzo wybitne polepszenie. W 1 przypadku musiano zaprzestać dalszego leczenia z powodu zawrotu i silnych nudności, jakie pyridin wywoływał. (*Bulletin gen. thérap.* 1885).

Ω. Bonce poleca kokain jako znakomity środek znieczulający przy obrzezaniu. Rozczyn 5% zastrzyknięto pod skórę napletka i zapuszczono również kilka kropli między napletek a żołędź. Już po upływie krótkiego czasu można było przystąpić do rękoczynu, który nie sprawiał choremu najmniejszego bólu. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, Nr. 100)

Ω. Merck: **O sztuczném otrzymywaniu kokainu i jego pochodnych.** Autorowi udało się otrzymać na drodze sztucznéj kokain z ciała otrzymanego jako produkt uboczny przy wyzyskiwaniu kokainu. Ciało to zwie się Benzoyl-Ecgonin. Przez ogrzanie Ecgoninu z bezwodnikiem kwasu będźwinowego i jodku metylu tworzy się kokain. Sposób ten jeszcze jest zbyt kosztowny, aby go fabrycznie zastosować. Obecnie użył Merck zamiast jodku metylu tańszego jodku etylu, i otrzymał ciało homologiczne z kokainem, koketylin. Dalsze doświadczenia nad syntezą kokainu są w toku, i nieomieszkamy czytelnikom Przeglądu z nich zdawać sprawy.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy kijowskich.

Posiedzenie zwyczajne z 12 grudnia 1885 r.

Przewodniczący prof. Münch. Członków obecnych 32.

1) Kol. Münch opowiedział o zmianach w mózgu, wykrytych przy obdukcyi zwłok oficera, który zmarł wśród objawów, przypominających zapalenie błon mózgowia. Główne zmiany chorobowe wykazywała *art. fossae Sylvii*, któréj ścianki przedstawiały zgrubienie, właściwe zwyrodnieniu kiłowemu naczyń mózgowych. Inne mniejsze naczynia mózgu były też zwyrodniałe w skutek kiłowego rozrostu pochewek. Osobliwość przypadku tego zależała na szybkiém wystąpieniu bólów głowy u osobnika, przedtém stosunkowo dość zdrowego i niewykazującego oprócz wybitnego bólu głowy i wymiotów, żadnych objawów chorobowych. Przed kilku laty chory przebywał drugorzędną kiłę. Szczegóły anamnestyczne, zebrane w szpitalu, przemawiały na korzyść przypuszczenia, iż chory oczadział.

2) Kol. Szadek odczytał rozprawę: „Krytyczny pogląd na teoryję wstecznego zakażenia się brzemiennéj matki od kiłowego płodu."

Skreśliwszy krótki rys historyi téj kwestyi i przytoczywszy odnośną literaturę, prelegent zwrócił uwagę na to, iż teoryja *choc en retour* od dawna już cieszy się niesłusznem uznaniem ze strony wielu syfilidologów. Na poparcie swego zdania, iż teoryja zarażenia się wstecznego matki od płodu kiłowego nie jest dość udowodnioną, prelegent rozpatrzył ściśle odnośne spostrzeżenia, przemawiające jakoby za tą teoryją i z rozbioru krytycznego takowych wywnioskował, iż nie są one wcale dostatecznie przekonywającemi resp. nie udowadniają one zakażenia matki od płodu, gdyż: 1) w wielu spostrzeżeniach brakuje dokładnych wywiadów tyczących się stanu zdrowia matki przed wystąpieniem u niéj ogólnych objawów kiły; 2) w wielu przypadkach odnośnych brakuje dowodów kiły płodu, jakotéż zdrowie ojca nie było wcale wiadomém, kiła więc matki mogła zkądinąd pochodzić ale nie od ojca za pośrednictwem płodu; 3) w żadnym z przytoczonych przypadków nie da się z pewnością wykluczyć poprzedzający wrzód kiłowy u matki; w niektórych zaś przypadkach brakuje nawet i téj pewności, czy spostrzegane przez autorów objawy kiłowe matki były w istocie pierwszemi ogólnemi zjawiskami choroby czyli też kiła u matki noszącéj w łonie płód kiłowy mogła być dawnego pochodzenia. W ogólności zaś anamnestyczne szczegóły, które napotykamy w odnośnych spostrzeżeniach, nie są dokładnie zebrane i nie dość przekonywające na korzyść teoryi zakażenia się matki od płodu. W wielu przypadkach wypada przypuszczać, iż pierwotny objaw kiłowy u matki był przeoczony czy to z powodu łagodnego przebiegu cierpienia i braku wybitnych, dostrzegalnych objawów, czy też w skutek skrytego usadowienia się wrzodu w głębokich jamach ciała (pochwa, szyja macicy). Zwracając się znów do teoretycznych zasad teoryi *choc en retour*, prelegent wykazał, iż takowa nie daje się wcale pogodzić z wynikami dociekań i spostrzeżeń, tyczących się własności przyrzutu kiłowego, fizyjologii zakażenia się kiłą itd. (np. okres czasu wylęgania się przyrzutu kiły, przedłużający się od 1—5 lat i więcéj, w przypadkach zakażenia się matki od płodu, zawsze jest nader krótki). Przeciwko teoryi *choc en retour* przemawia też brak dowodów przechodzenia stałych i organizowanych cząstek z krwiobiegu płodu do ustroju matki przez łożysko; jakotéż mała ilość doświadczeń przemawiających po części na korzyść możliwości przenikania ustrojowych cząstek przez łożysko od matki do ustroju płodu. Natomiast liczne dowody przemawiają na niekorzyść takiego przejścia (dowody te wzięte przeważnie z fizyjologicznych szczegółów prelegent wyszczególnił). Niewielką też podporę teoryi *choc en retour* stanowi doktryna kiły dziedzicznéj spóźnionéj *(Syphilis hereditaria tarda)*, przy któréj przypuszczają też przedłużenie okresu wylęgania się kiły, a to z tego powodu, iż ta ostatnia teoryja jest niedostatecznie udowodnioną i nie jest opartą na przekonywających spostrzeżeniach. Rzekomy brak pierwotnych objawów kiłowych u brzemiennych matek noszących w łonie swém płód kiłowy, okoliczność, na którą największy nacisk kładą obrońcy teoryi *choc en retour*, nie jest udowodniony w odnośnych przypadkach i daje się łatwo wytłumaczyć niedokładnością spostrzeżeń i niezwróceniem baczenia na poprzedzający stan zdrowia ze strony samych chorych kobiet i otaczających osób, wiadomo zaś, iż u kobiet kiła często bardzo łagodny ma przebieg szczególnie w początku i pierwotny objaw u kobiet nie rzadko usadawia się na niezwykłych i utajonych miejscach. Nieświadomość zaś chorych co do poprzednich cierpień kiłowych często też policzyć można na karb ich nieuwagi i niezastanowienia się nad stanem zdrowia. Reasumując zatém szczegóły, tyczące się teoryi wstecznego zakażenia się matki od płodu kiłowego przez łożysko, należy przyjść do przekonania iż teoryja *choc en retour* jako niedostatecznie uzasadniona i nieoparta na przekonywających i udowodniających faktach, powinna być zaliczona do rzędu hipotez.

W dyskusyi kol. Tomaszewski nie zgadza się z zapatrywaniami prelegenta na teoryję *choc en retour* i mniema, iż kwestyi możliwości zakażenia się wstecznego matki od płodu nie można rozstrzygnąć krytyczném jéj ocenieniem i teoretycznemi rozumowaniami, lecz tylko za pomocą ściśléj obserwacyi udowodniających przypadków. Przy tém oponent opowiedział z swéj strony przypadek, niedawno przez niego spostrzegany w prywatnéj praktyce: w przypadku tym u młodéj kobiety, któréj mąż odbył kiłę drugorzędną, podczas ciąży wystąpiły odrazu objawy ogólnéj kiły, pierwotnych zaś zmian kiłowych u niéj nie dostrzeżono; dziecko urodzone w właściwym czasie było z początku zdrowe, lecz w parę miesięcy potém zapadło na nieżyt nosa i inne objawy kiły (kłykciny sączące w okolicy odbytnicy itp.). Przypadek ten, zdaniem kol. Tomaszewskiego, przemawia na korzyść zarażenia się matki od płodu.

W odpowiedzi kol. Szadek mówi, iż wcale nie zamyślał swym odczytem ostatecznie rozstrzygnąć kwestyi możliwości zakażenia się matki od płodu kiłowego, lecz miał na celu ścisłą krytyczną analizę i rozpatrzenie teoryi *choc en retour*, bezpodsta-

wność któréj nadto jest widoczną przy dokładném obznajomieniu się z szczegółami, tyczącemi się fizyjologii stosunku płodu do matki i literaturą kazuistyczną, jeśli przytém uwzględnimy spostrzeżenia kliniczne przeoczonych pierwotnych objawów kiłowych u kobiet w szczególności, jakotéż niewiarogodność wywiadów, zebranych z opowiadania chorych i otaczających osób. Mniemamy przytém, iż każda teoryja musi być uznaną za nieuzasadnioną, jeśli tylko nie może się ostać przed krytyką naukową. Zresztą najdokładniejsze nawet spostrzeżenia nie mogłyby ostatecznie przekonać o możliwości zakażenia się matki od płodu, jeśli tylko stan zdrowia matki nie był jak najskrupulatniéj badany codziennie (zacząwszy od pierwszego dnia pożycia z ojcem kiłowym); tego zaś w żadnym z przytoczonych przypadków nie wykonano a nawet nie jest takie spostrzeganie w ogólności wykonalném. Przypadek zaś kol. Tomaszewskiego jest mało przekonywającym, podobnie jak inne przypadki przytaczane dotąd przez innych obrońców teoryi *choc en retour*. W przypadku wymienionym nie mamy niezbitego dowodu przemawiającego za tém, iżby matka mianowicie zakażona była przez płód; ojciec w tym przypadku mógł być łatwo winowajcą choroby matki i zakazić ją kiłą przed zajściem w ciążę lub podczas ostatniego zapłodniającego spółkowania; pierwotny zaś objaw kiły u matki mógł być usadowiony w głębi pochwy (szyjka macicy) i był z łatwością niespostrzeżony przez matkę; chora zaś poddaną była badaniu lekarskiemu dopiero w kilka miesięcy po zakażeniu się, kiedy wszelkie ślady poprzedniego pierwotnego stwardnienia miały czas zniknąć.

3) Kol. Boczarow opowiedział krótko przypadek ostrego wieloogniskowego zapalenia szpiku kostnego u żołnierza, leczonego w kijowskim szpitalu garnizonowym (*osteomyelitis multiplex acuta*); w przypadku tym nastąpiło zejście śmiertelne. Historyja choroby była illustrowana demonstracyją odnośnych preparatów kości zajętych tą sprawą chorobową. *Dr. Karol.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 31 stycznia do 6 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,8. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z gruźlicy 7 (13 z. t.); z zapalenia płuc 7 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 1 błonicy i 1 duru osutkowego. W tygodniu od 24—30 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 1, w Budapeszcie 17, w Wiedniu 11, w Pradze 3, w Rzymie 8, w Wenecyi i Paryżu po 5, w Zurychu 4, w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Stokholmie po 1, w Petersburgu 5. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 10, w Paryżu 14, w Petersburgu 21. Z odry umarło: w Budapeszcie 20, w Paryżu 15, w Londynie 38, w Amsterdamie 21. Z płonicy umarło w Petersburgu 23. Z błonicy umarło w Warszawie 10, w Berlinie 36, w Wiedniu 14, w Paryżu 39, w Londynie 21, w Chrystyjanii 12. Z krztuśca umarło: w Londynie 118. Cholera w Huelwa w Hiszpanii wygasła, we Francyi w Donarnenez umarło z cholery od 16—21 stycznia 9, zachorowało na cholerę 90.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,1; w Brodach 36,4; w Drohobyczu 26,3; w Przemyślu 6,7; w Tarnopolu 5,3; w Tarnowie 9,1; w Warszawie 35,3; w Poznaniu 29,8; w Pradze 37,8; w Wiedniu 31,0; w Salcburgu 26,9; w Gracu 25,7; w Tryjeście 31,6; w Insbruku 37,1; w Budapeszcie 35,2; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 24,7; w Bazylei 14,8; w Brukseli 24,5; w Chrystyjanii 27,6; w Kopenhadze 21,4; w Londynie 22,2; w Odesie 32,9; w Paryżu 27,2; w Petersburgu 32,6; w Rzymie 34,1; w Stokholmie 27,0; w Wenecyi 45,2; w Zurychu 24,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 lutego. Od kol. prof. Mikulicza, który temi dniami bawił we Lwowie, dowiadujemy się, że od początku bieżącego półrocza istnieje tamże na 2ém piętrze nowego gmachu Namiestnictwa pracownia bakteryjologiczna, urządzona staraniem protomedyka i referenta spraw lekarskich Biesiadeckiego. Pracownia ta zaopatrzona jest we wszystkie przyrządy i narzędzia potrzebne do tegoczesnego badania bakteryjologicznego, tak że można przeprowadzić w niéj studyja szczegółowe. Od 6 tygodni odbywa w tym zakładzie w godzinach wieczornych kursy bakteryjologiczne Dr. Szpilman, w których biorą udział lekarze praktyczni, obecnie w liczbie 20. To téż wieczorem panuje tam ruch i życie, z jakiém tylko w praktycznych kursach, odbywających się w wielkich zakładach uniwersyteckich w Wiedniu i Berlinie, się spotykamy. Prof. Biesiadecki w każdym razie dobrze się zasłużył krajowi przez założenie Urzędu zdrowia miniaturowego, a spodziewać się należy, że i lekarze rządowi z prowincyi po kolei znajdą sposobność brania udziału w tych kursach i kształcenia się w specyjalności tyle ważnéj dla higijeny.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Prus przedstawił na preparatach sposób barwienia tkanki żywéj według Ehrlicha, następnie odbyła się dyskusyja nad ostatnią rozprawą śp. Dra Wolframa, w któréj wzięli udział prof. Korczyński i doc. Gluziński i Jaworski; wreszcie prof. Mikulicz miał wykład zapowiedziany.

* Na posiedzeniu komisyi budżetowéj Izby poselskiéj Rady państwa w Wiedniu poseł Jirecek wniósł rezolucyję w sprawie urządzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie. P. Minister Oświecenia oświadczył, że w zasadzie nie jest przeciwnym temu wnioskowi, że jednak przedewszystkiém wypada uczynić zadość potrzebom Wydziału lek. krakowskiego a decyzyja zależy nadto od organizacyi nauk lekarskich w Austryi, do któréj prędzéj czy późniéj się przystąpi; wreszcie oświadczył, że jak skoro mu tylko czas pozwoli, przybędzie do Krakowa celem poznania zakładów uniwersyteckich.

○ W miasteczku Jeziernie (liczącém 6000 mieszkańców a mającém 2 probostwa, stacyja kolei itd.) odległém o 2 mile od Zborowa a o 3 od Tarnopola pożądaném jest, aby osiadł Dr medycyny wyznania chrześcijańskiego, w okolicy bowiem brak jest lekarza.

* **Lwów** 14 lutego. Na ostatniém posiedzeniu naukowém sekcyi lwowskiéj podał Dr. Ziembicki, prymaryjusz oddziału chirurgicznego tutejszego szpitala krajowego, wyniki swéj działalności w ostatniém trzechleciu. Niezawodnie sprawozdanie Dra Z. będzie ogłoszone drukiem i ocenienie tegoż sprawozdania musimy pozostawić znawcom, zanim jednakże to się stanie, notujemy, że w ostatnich trzech latach w lwowskim oddziale chirurgicznym najwyższa przeciętna roczna śmiertelność była 5·9% a w r. ubiegłym tylko 3·9%.

Na tém samém posiedzeniu przedstawił Dr. Z. trzy resekcyje Mikulicza, jedną resekcyję kolana, jedną osteotomiję (*subtrochanterica femoris*), jedną owaryjotomiję w siedmnastym dniu po operacyi, jedną resekcyję siedmiu żeber (5—8centimetr.) z powodu otoku ropnego opłucny (*pyothorax*) według Estlandera z bardzo dobrym skutkiem; w końcu okazał Dr. Z. wyjęty przed kilkoma dniami kamień pęcherzowy ważący przeszło 60 gramów (*sectio alta*). *Dr. M-cz.*

* **Praga czeska** 15 lutego. Dzisiaj odbyło się walne nadzwyczajne zgromadzenie „Spolku lekařův českých“ w celu wyboru zastępcy przewodniczącego, ponieważ prof. Maixner godność tę złożył. Wybranym został jednogłośnie Dr. Nečas, okręgowy fizyk miejski. Dalszemi uchwałami zgromadzenia były: 1) uroczyste obchodzenie w tym roku przypadającego 25-letniego jubileuszu założenia Towarzystwa przez Purkynyego, Weissa i innych ówczesnych czeskich lekarzy. 2) Podwyższenie wkładki rocznéj dla członków czynnych z 3 złr. do 5 złr. a dla zamiejscowych z 2 złr. na 3 złr. *Dr Obrzut.*

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Antoni Ślósarczyk z Janowic w Galicyi, Antoni Krokiewicz z Krakowa i Włodzimierz Ortyński z Sambora.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 7: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Szadka: Przyczynek do kazuistyki przymiotowego cierpienia przyjądrza; Stypińskiego: Zranienie pochwy i macicy; wyzdrowienie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. HERING (w Warszawie): Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj“ 1885) in 8vo str. 23.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr L Blumenstok.**

L. 110.

KONKURS.

Od 1 Kwietnia 1886 r. zostanie obsadzoną prowizorycznie posada lekarza miejskiego w Mikołajowie pow. Żydaczów, w któréjto miejscowości jest także siedziba c. k. Sądu powiatowego. Z tą posadą połączona jest płaca roczna 400 złr. a. w. tudzież dochody z oględzin bydła na rzeź przeznaczonego.

PP. Drowie Med. otrzymają pierwszeństwo.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszéj Zwierzchności miejskiéj najdaléj do 1 Marca 1886.

Magistrat kr. miasta.

Mikołajów 8 Lutego 1886. Burmistrz

Jan Mićkiewicz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 lutego 1886. №. 9. Rok XXV.

I. O szparze środkowéj oka.

Podał Dr. Konrad Rumszewicz,
okulista okręgowy w Kijowie.

Już u Ammona (*Illustrirte med. Zeitung* 1 Jahrg., 319) znajdujemy opis przypadku, w którym prócz obszernéj szpary w tęczówce, białkówka w okolicy tylnego bieguna była bardzo cienką i wypukłą. W miejscu tém w naczyniówce znalazł on przerwę 1‴ długości a 0,5‴ wysokości mającą; przerwa ta wprawdzie nie stanowiła zupełnéj szpary, lecz tylko w odpowiedniém miejscu naczyniówkę zastępowała błona „biała, cienka, mało naczyń mająca", dokoła otaczał ją barwik.

Streatfield (*Ophthalm. Hosp. Rep.* V Jan. 79) (1866) opisał okrągławy garbiak w okolicy plamy żółtéj, oddalony od tarczy nerwu wzrokowego, również garbiakiem otoczonéj, o jednę średnicę tarczy. Garbiak środkowy wynosił 4 średnice, dokoła otaczał go barwik. Na lśniącém dnie jego widoczne były tylne krótkie tętnice rzęskowe, czytał Nr. 16 Jaegera, pola widzenia nie badano. S. wcale nie tłumaczy pochodzenia garbiaka, tak iż przypadek jego został zaliczony do szpar środkowych dopiero późniéj z powodu zupełnego podobieństwa, jakie pomiędzy nim a późniejszemi przypadkami zachodzi. Cierpiało oko prawe.

W przypadku Talki (*Klin. Monatsblätter* VII, 165) (1870), prócz plamy barwikowéj na tarczy i wązkiego sierpa po stronie skroniowéj, o $^1/_4$ średnicy tarczy ku dołowi i ku zewnątrz od téjże, znajdowała się biała plama w środku lśniąca, trzy razy większa od tarczy, kształtu gruszki. Dokoła otaczał ją barwik, który w niewielkiéj ilości znajdował się także pomiędzy plamą a tarczą, w przedzielającém je pasemku. Naczynia siatkówki przechodziły tylko przez dolny brzeg szpary, nadto cienka i krótka gałąź tętnicza udawała się ku jéj obwodowi. W oku było znaczne krótkowidzenie, $V = {}^1/_6$, obwód pola o połowę węższy. Cierpiało prawe oko.

Schweigger (*Handbuch d. Augenheilkunde* 36) (1870), opisuje zmiany na dnie oka krótkowidzeniu właściwe, wspomina, iż razu jednego znalazł w okolicy plamy żółtéj zagłębioną jasną plamę wielkości 1,5—2 średnic tarczy, zawierającą kilka kropek barwikowych dokoła również barwikiem otoczoną. Zdaniem Schw., przypadek ten zupełnie jest podobny do przypadku Streatfielda.

W przypadku Weckera (*Traité des maladies du fond de l'oeil*. 1870, 56) (1870), w okolicy plamy żółtéj znajdowało się błękitnawo-białe rozszerzenie, 2mm. głębokie, wyraźnie zarysowane, a 4 razy większe niż tarcza. Oko było nadmiarowe ($H\,^1/_{36}$); cierpiało prawe oko.

W przypadku Reicha (*Klinische Monatsblätter* 1872, str. 56), w okolicy plamy żółtéj prawego oka znajdowała się czworoboczna białawo-żółta plama, w średnicy pozioméj znacznie mniejsza od tarczy, w pionowéj nie o wiele mniejsza. Naczyniówka była prawidłową i tworzyła dokoła plamy pasemko-barwikowe. Tarcza przedstawiała znaczne fizyjologiczne zagłębienie i niewielki sierp. Plama wcale naczyń nie zawierała, dołek środkowy z trudnością tylko można było odróżnić, bystrość wzroku wynosiła prawie $^{20}/_{20}$, dla tego też R. utrzymuje, iż w obrębie plamy mieliśmy szparę li tylko w naczyniówce. Chory co prawda utrzymywał, iż widzi nie dobrze, lecz okoliczność tę R. tłumaczy 1) nierówną powierzchnią siatkówki w obrębie plamy, 2) olśnieniem spowodowaném brakiem barwika siatkówki. Budowa miarowa.

W przypadku Montméi (*Revue photographique des hôpitaux*. VI, pl. V, str. 48) (1872), prócz wrodzonego obustronnego braku tęczówek, w naczyniówce znajdowała się szpara, w postaci trójkąta zwróconego wierzchołkiem ku plamie żółtéj, podstawą zaś opartego o tarczę, od której zresztą nie był wyraźnie odgraniczony. Na powierzchni trójkąta widniało kilka plamek barwikowych, brzegi jego otaczało pasemko barwikowe, wysokość przewyższała cokolwiek średnicę tarczy. Wada znajdowała się w lewém oku; nadmiarowość, wzrok prawidłowy.

W przypadku Hirschberga (*Archiv f. Ophthalmologie* XXI, str. 179) (1875), przerwa w kształcie równała się trzem średnicom tarczy, otoczonéj ku dołowi i ku wewnątrz sierpem jak u krótkowidzów, przedstawiała się w postaci plamy, kształtu jajowatego, barwy błękitnawo-białéj i znacznie zagłębionéj, odległéj od tarczy o $2^1/_2$ średnice téjże. Na powierzchni jéj widniały odosobnione pasemka barwikowe, zwłaszcza w większéj zresztą wewnętrznéj części, przeciwnie mniejsza zewnętrzna część miała barwę blado-różową, mniéj zawierała barwika, mniéj też była zagłębioną. Plamę dokoła otaczał barwik, w obrębie jéj znajdowały się liczne naczynia (tylne rzęskowe), nadto wzdłuż brzegu jéj przechodziło naczynie siatkówki. Pole widzenia miało przerwę środkową. Wada znajdowała się w prawém oku, zezowatém ku zewnątrz, którém chory liczył palce na długość pokoju. W lewém oku, obok dolnego brzegu tarczy, znajdował się niewielki garbiak białkówkowy.

W drugim przypadku Weckera (*Handb. d. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch.* IV, str. 595) wada znajdowała się również w prawém oku, krótkowidzącém (z garbiakiem ku zewnątrz, $M^1/_4$), w postaci zagłębionéj plamy, w któréj w miejscu naczyniówki pozostało tylko kilka pasemek barwikowych. Trudno było oznaczyć przerwę środkową. Wzrok: liczył palce w odległości 30 cm. Lewe oko było również w znacznym stopniu krótkowidzące.

W pierwszym przypadku Schnabla (*Wiener med. Wochenschrift* 1876 Nr. 33—37), obok brzegu dolnego tarczy znajdował się niewyraźnie zarysowany sierp. Na miejscu plamy żółtéj znajdowała się kształtu jajowatego przerwa naczyniówki i siatkówki, szerokości około $4^1/_2$, a wysokości około $2^3/_4$—3 średnic tarczy mająca; odległość od tarczy $1^1/_4$ średnicy. Wzdłuż brzegu znajdował się barwik, powierzchnia stopniowo zagłębiała się ku wewnątrz i widocznie, pewne części jéj przynajmniéj, przykrywała cienka szarawa błonka (siatkówka?). Barwa przerwy białawo-błękitna, ku dołowi i ku zewnątrz widoczne są naczynia naczyniówki, nadto dwie tętnice siatkówki, w samym zaś środku przerwy rozgałęziało się w niéj naczynie, widocznie z białkówki pochodzące. W okolicy przytykającego do tarczy sierpa była refrakcyja miarową, w miejscu zaś plamie odpowiedniém niedomiarowość, $M^1/_4$. Granice pola widzenia były prawidłowe, lecz w środku jego znajdowała się przerwa, nadto skierowując na dno oka obraz płomienia S. przekonał się, iż niewrażliwą na światło była nie tylko okolica całéj szpary, lecz nadto część siatkówki równająca się co do rozmiarów tarczy a położona ku wewnątrz i ku górze, jakkolwiek zdawaćby się mogło, iż jest ona zupełnie prawidłową. Wada znajdowała się w oku prawém, w lewém miarowém $V^{20}/_{20}$, w okolicy tarczy sierp ku dołowi.

W przypadku Schmidt-Rimplera (*Arch. f. Ophthalmologie* XXVI, str. 22) (1880), w obu oczach na miejscu plam żółtych, w odległości od tarcz o 2—$2^1/_2$ średnic, znajdowały się poprzecznie jajowate, cokolwiek szarawe plamy, dokoła czarnym barwikiem otoczone, w kierunku poziomym 2—$2^1/_2$, w pionowym 2 średnice tarczy mające. W obrębie plam widoczne były naczynia siatkówki, innych zaś naczyń (chyba tylnych rzęskowych?) nie było wcale, nie spostrzegł też Schm.-R. ani zagłębienia w okolicy szpar, ani też garbiaków tylnych obok nerwów wzrokowych. W prawém oku nadmiarowém 12D,$V={}^5/_6$, w lewém nadmiarowém 11D,$V={}^1/_3$. W polu widzenia nie było przerwy środkowéj, chociaż wzrok zawsze był lepszy przy wpatrywaniu się nie zupełnie naośném. Widzimy więc, że przypadek ten bardzo przypomina przypadek Reicha. Schm.-R. jest zdania, iż w obrębie szpar nie tylko istniała siatkówka, lecz bardzo być może, iż również i przybłonek jéj, tylko pozbawiony barwika.

W przypadku Fuchsa (*Archiv f. Ophthalmologie* XXVIII, 1 str. 139) (1882), wada również znajdowała się w obu oczach, obie tarcze ku dołowi miały garbiaki. W lewém oku w okolicy plamy żółtéj znajdował się lśniący biały trójkąt, w którego obrębie brało początek kilka żył i tętnic, znajdowały się dwie plamy barwikowe. Ku górze i ku wewnątrz od plamy, na prawidłowém dnie oka, widoczne jeszcze były dwie jasne plamy, zawierające ziarnka barwika a kształtu okrągłego. Naczynia siatkówki miały kierunek prawidłowy i okalały okolicę plamy. Przerwy środkowéj w polu wzrokowém nie było. Fuchs (str. 155) przytacza również spostrzeżenie Dimmera. Szpara przedstawiała się w postaci krążka, mającego 5 średnic tarczy w średnicy. W obrębie jéj znajdowało się kilka plamek barwikowych, nadto brało początek kilka naczyń siatkówki. Wada znajdowała się w lewém oku, wzrok był prawidłowy.

Następnie Schnabel (*Wiener medicin. Blätter* 1884 Nr. 6—9) podał opis nowych czterech przypadków wady.

I. 10-letnia dziewczyna, pola widzenia zbadać nie podobna, przy obocznem wpatrywaniu się liczy palce, prawém okiem na 4, lewém na 5 metrów. W prawém oku resztki błony źrenicznéj, zaćma warstwowa. Na dnie tego oka znajdują się dwie szpary; jedna o $^3/_4$ średnicy ku dołowi od tarczy, długości $1^3/_4$, szerokości 1,5 średnicy; barwa jéj biała lśniąca, na powierzchni 3 cienkie naczynia siatkówki i jedno grubsze, naczyniówkowe, resztki naczyniówki są widoczne tylko w pobliżu brzegu szpary. Boczna szpara jest odległą od tarczy o 1 średnicę, kształtu jajowatego z wyraźnemi brzegami, długości 3, wysokości $2^2/_3$ średnic. Ku wewnątrz i ku dołowi szparę tę otacza prawidłowa naczyniówka, ku górze i ku zewnątrz jasno-żółtawe pasemko szerokości tętnicy siatkówkowéj, ku górze wchodzą do szpary i nikną w niéj, następnie drobne naczynia naczyniówkowe, ku zewnątrz w obrębie jéj znajduje się nieregularnego kształtu i wielkości tarczy kawałek prawidłowéj naczyniówki, dokoła którego spotykamy jakby stożek kręgowy. Nieopodal brzegu dolnego przechodzi przez szparę tętnica i żyła siatkówkowa, wzdłuż brzegu górnego również przechodzi tętnica. Zagłębienia nie ma, refrakcyja niedomiarowa około 8 D, wązki sierp wrodzony ku dołowi i ku zewnątrz. W lewém oku soczewka przesunięta ku wewnątrz, tarcza szarawo-zielona, naczynia (tylko 1 tętnica i 1 żyła) kierują się równolegle, ku zewnątrz kręgowy wrodzony sierp. Całą okolicę plamy żółtéj zajmuje szpara (mająca 4—5 średnic tarczy), dokoła otoczona czarną barwikową obrączką. W obrębie jéj białkówka nie jest wprawdzie widoczną, lecz też i naczyniówka nie jest prawidłową. Naczynia siatkówki znajdują się tylko w zewnętrznéj części. Zagłębienia nie ma, niedomiarowość około 8 D.

II. 19 letni m., krótkowidzenie 1 D. obocznie liczy palce na 6 metrów. Pole widzenia ku górze 50°, ku wewnątrz 50°, ku dołowi 60°, ku zewnątrz 85°. Względna przerwa ośrodkowa (*scotoma relativum*) wynosi ku górze 25°, ku wewnątrz 35°, ku dołowi 30°. ku zewnątrz 35°. W okolicy plamy okrągława szpara ze środkowém zagłębieniem około 2 D; długości jéj 3 średnice tarczy, wysokość 1,75 dokoła obwódka barwikowa, od któréj ku szparze kierują się wyrostki, pomiędzy niemi zaś dają się spostrzegać naczynia. Wzdłuż brzegu dolnego przechodzi naczynie siatkówkowe nadto w górnéj

i zewnętrznéj części szpary znajduje się naczynie siatkówkowe niemające żadnego związku z naczyniami środkowemi. Wada znaleziona w prawém oku, lewe było prawidłowe.

III. 19-letni m., nadmiarowość prawego oka 1,5 D, obocznie V=$^6/_{60}$. W okolicy plamy żółtéj okrągła szpara, wielkości $^3/_4$ tarczy, otoczona wązkiém jasném pasemkiem. Dolna jéj połowa biała, górna znaczną ilość barwika zawiera. Lewe oko prawidłowe.

IV. 19-letni m., w okolicy plamy żółtéj lewego oka okrągława szpara, wielkości 1,5 średnicy tarczy, zupełnie prawie pokryta czarnym barwikiem od którego są wolne tylko 4 jasne pola, z tych dwa były zagłębione; w nich widoczne były naczynia do białkówki należące. Ku zewnątrz przytykała do tarczy dość obszerna blaszka zanikowa; zupełna przerwa środkowa w polu widzenia, niedomiarowość. Daléj Schnabel zalicza do szpar środkowych przypadek przedstawiony w atlasie Jaegera na rys. 91. (C. d. n.)

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał **prof. Dr. Mikulicz** w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Kystoma parovarii ściśle zrośnięte z macicą, wyłuszczenie podotrzewnowe z odcięciem macicy powyżéj szyi, utworzenie worka z otrzewny, zastósowanie worka z gazy jodoformowéj. Wyleczenie z pozostaniem przetoki utrzymującéj się przez przeciąg 4 miesięcy.

Eufemija Lisowa, lat 33, zamężna, z Studzienki, pełni obowiązki służącéj. Co do przebytych chorób bliższych wiadomości podać nie umie, regularność wystąpiła w 19 roku i odbywała się w sposób zupełnie prawidłowy. W 18 roku życia wyszła za mąż i rodziła raz jeden przed łaty 13, a poród odbył się łatwo i pomyślnie tak dla matki, jakoteż i dla dziecka. Początku obecnego cierpienia chora oznaczyć dokładnie nie może, wspomina jednak, że przed 10 laty pojawiły się silne bóle w dolnéj części brzucha, które odtąd stale towarzyszyły każdemu miesiączkowaniu. Gdy chora przed $1^1/_2$ rokiem doznając rzeczonych bólów poczęła nacierać brzuch, zauważyła w nim obecność guza wielkości głowy noworodka. Chora nie przywiązywała przecież do tego zbytecznéj wagi i dopiero w chwili, gdy w miarę wzmagania się objętości brzucha wystąpiły trudności przy oddawaniu moczu i ciężkość przy oddechaniu, szukała pomocy lekarskiéj, dla któréj też zgłosiła się do kliniki chirurgicznéj w d. 20 października.

Badanie wykazało stan następujący: Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana i miernie odżywiona, o skórze i błonach śluzowych bladych. Narządy wewnętrzne klatki piersiowéj nie okazują zmian. Brzuch wzdęty jednostajnie, powłoki brzuszne mocno napięte, naczynia żylne skóry silnie porozszerzane. Objętość brzucha w wysokości pępka wynosi 100cm., wymiar brzucha od spojenia łonowego do pępka liczy 19cm., od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 41cm. Linija środkowa lekko barwikiem zaznaczona, pępek płaski. Przy obmacaniu wyczuć można guz wychodzący z miednicy małéj, rozszerzający się na boki w miarę wznoszenia się ku górze, który sięga górnym brzegiem na 4 palce poniżéj wyrostka mieczykowatego. Powierzchnia guza nie jednostajnie gładka zdradza pojedyncze wyniosłości i zagłębienia i wywołuje uczucie wyraźnego chełbotania, które jej dnak na krótkie tylko przestrzenie się przenosi. Opukiwanie daje w granicach guza odgłos zupełnie stłumiony, po bokach zaś i w górnych częściach brzucha odgłos bębenkowy. Przy ułożeniu choréj na bok wypuk bębenkowy w odpowiedniéj części bocznéj brzucha przytłumiony. Granice wątroby i śledziony, prócz wyparcia tychże narządów wraz z przeponą ku górze, odpowiadają zresztą stosunkom prawidłowym. Pęcherz moczowy przepełniony znaczną ilością moczu, którego skład nie okazuje żadnych zboczeń. Błona śluzowa pochwy wygładzona, ściany jéj napięte; sklepienia obniżone i wypuklone ku dołowi odpowiadają wyraźném chełbotaniem przy ucisku lub uderzaniu palcem w powłoki brzuszne. Część pochwowa macicy wygładzona i wyciągnięta znacznie ku górze sterczy jako drobna wyniosłość na szczycie pochwy. Dalszy ciąg macicy wybadać się nie daje.

W d. 24 października przystąpiono śród zwykłych ostrożności antyseptycznych do wykonania zabiegu operacyjnego. Po przecięciu powłok brzusznych w linii środkowéj na 10cm. od spojenia łonowego ku pępkowi otwarto otrzewnę. We wnętrzu jamy brzusznéj leżał guz o powierzchni gładkiéj, połyskującéj, na któréj przebiegały znacznie porozszerzane naczynia przeważnie żylne. Przez wbicie trójgrańca Spencer-Wellsa wypuszczono przeszło 2000cm.sz. płynu lepkiego, barwy czekoladowéj. Pomniejszony w ten sposób guz wyważono z łatwością z jamy brzusznéj, osłaniając zrośnięte z jego powierzchnią jelita gazą jodoformową, zwilżoną kwasem karbolowym. Postronkowate zrosty guza z sąsiedniemi narządami oddzielono i podwiązano w sposób zwyczajny. Dokładniejsze oglądanie guza wykazało, że tenże wrośnięty był w miednicę małą i rozwinął się między blaszkami lewego więzadła szerokiego macicy, rozciągając obydwa listki otrzewny na tém miejscu. Wyłuszczono więc guz drogą tępą z pod jego powłoki otrzewnowéj i od ścian miednicy, tak że pozostał jedynie w związku z macicą, a połączenie to ostatnie było tak ścisłe, że z tego powodu razem z guzem oddalono wyciągniętą ku górze i zniekształconą macicę, odcinając ją powyżéj szyi według metody podanéj przez Schrödera. Pozostały kikut macicy zeszyto szwem warstwowym z katgutu chromowego, wiążąc obie tętnice maciczne mocnym i grubym jedwabiem. Górną część worka otrzewnowego powstałego przez wyłuszczenie podotrzewnowe guza odcięto, dolną zaś połowę pozostałą zespojono szwem jednociągłym z katgutu, zachowując jedynie mały otwór, przez który wsunięto aż na dno rany w miednicy worek z gazy jodoformowéj, a do wnętrza tegoż wprowadzono trzy długie paski gazy jodoformowéj. Szyję worka otrzewnowego, w któréj tkwił górny koniec worka z gazy jodoformowéj, wraz z trzema paskami gazy wszyto w dolny kąt rany brzusznéj zewnętrznéj, którą zamknięto zresztą w zupełności 4 szwami płytkowemi i 6 szwami głębokiemi z jedwabiu, a wreszcie szwem kuśnierskim. Ranę osłoniętą opatrunkiem antyseptycznym pokryto opaską uciskającą cały brzuch. Chorą mocno osłabioną przeniesiono do łóżka ogrzanego. Po popołudniu wystąpiły wymioty i bóle. Podano morfin.

Nazajutrz i dni następnych stan ogólny dobry, wieczorem lekkie podwyższenie ciepłoty.

D. 28/10 wyjęto paski gazy jodoformowéj, a

D. 30/10 wyciągnięto worek z gazy zastępując go grubym drenem. Kilkakrotnie ciepłota wieczorna podwyższona bez wykazać się dającéj przyczyny. Podawano chinin.

2/11 z drenu wydobywa się nieznaczna ilość wydzieliny. Rana brzuszna zgojona zresztą przez rychłozrost. Wyjęto szwy głębokie, wieczorami utrzymuje się stan gorączkowy.

14/11 poczęto przestrzykiwać codziennie jamę rozczynem kwasu salicylowego, poczém co dwa dni wstrzykiwano mięszaninę jodoformu z gliceryną. Śród tego leczenia jama pomniejszyła się znacznie, ilość wydzieliny ograniczyła się prawie do kilku kropli, dających się wycisnąć po wydobyciu sączka. Regularnie prawie co 6—8 dni podnosi się nagle ciepłota od 40—40·5° i utrzymuje się na téj wysokości jeden do dwóch dni, poczém zwolna opada do normy. Ścisłe badanie przedsiębrane kilkakrotnie nie wykazuje, jak tylko zaparcie stolca, przeciw któremu działano środkami przeczyszczającemi i lawatywą.

W d. 1/12 badanie sondą wykazuje przetokę długą na 7cm. i dość wąską, która prowadzi do kilku zaułków małéj objętości na dnie jéj się znajdujących. Zastósowano przyżeganie rozczynem *Argent. nitric*, który potęgowano od 1% do 10%, a powtarzano 2 razy w tygodniu. Przetoka zwęziła się przy tém leczeniu prawie do połowy pierwotnéj swéj średnicy, ilość wydzieliny stała się bardzo skąpą, pomniejszyły się również i zaułki na dnie przetoki usadowione. Zaopatrzywszy chorą w odpowiednią opaskę brzuszną zalecono jéj przechadzać się po sali, a nawet po ogrodzie, przyczém stan ogólny poprawił się znacznie, odżywienie choréj i apetyt nie pozostawiały nic do życzenia. Stan zupełnie bezgorączkowy, siły i funkcyje organizmu zupełnie prawidłowe. Przetoka nie okazuje przecież dążności do zaciągania się i dla tego zaprzestano dalszego stosowania *argent. nitricum* ograniczając się jedynie do przestrzykiwania rozczynem kw. salicylowego.

27/1. Mimo kilkakrotnego energicznego przypalenia przetoki dalsze zaciąganie się takowéj nie postępuje, przy stanie ogólnym zresztą całkiem zadowalającym (chora chodzi). Z tego powodu rozszerzono przetokę za pomocą wprowadzania stopniowego coraz grubszych drenów i zbadano w narkozie dno przetoki palcem, przyczém wydobyto kilka podwiązek jedwabnych, które prawdopodobnie podtrzymywały ropienie, gdyż okolica sąsiednia przetoki i kikutu macicy nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Odtąd zwolna skraca się i zwęża przetoka.

Sześć przytoczonych przypadków obejmuje 2 owaryjotomije, 1 parowaryjotomiję, 2 myomotomije, i 1 owaryjohysterotomiję. Dla uzupełnienia podam całą liczbę wykonanych przezemnie w Krakowie owaryjotomij i myomotomij, która wynosi 21 owaryjotomij, 2 parowaryjotomije, 16 myomotomij i 1 owaryjohysterotomiją. Dwie parowaryjotomije dotyczyły włókniaków wychodzących z więzadła szerokiego macicy, z których jeden (opisany jako przypadek Nr. 2) zostawał w tak ścisłym związku z macicą, że operacyja ta pod względem technicznego wykonania, jakotéż stosunków przyrannych nadaje się do szeregu myomotomij, podczas gdy przypadek drugi więcéj prosty łączy się z grupą owaryjotomij. Owaryjohysterotomija zasługuje też ze stanowiska techniki na wliczenie do kategoryi myomotomij, tak że ogółem wyniknie 22 owaryjotomij i 18 myomotomij. Z tych pierwszych jeden przypadek zakończył się śmiercią czwartego dnia po operacyi skutkiem zapalenia otrzewny. Powikłany z rozległemi zrostami uwidocznił podczas oględzin pośmiertnych zropienie worka przepukliny pępkowéj, zkąd najprawdopodobniéj wzięło początek zapalenie otrzewny. Z pomiędzy myomotomij w trzech przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne; a to w dwóch razach jako następstwo niedokrewności i zapadu w 5 względnie 8 godzin po zabiegu, w trzecim przypadku skutkiem zapalenia otrzewny w 4 dni po operacyi. Jeśli wolno z tak małych liczb obliczać stosunek odsetkowy, wówczas procent śmiertelności w owaryjotomii nie dochodzi 5%, w myomotomii zaś 17%. W każdym razie wynik liczebny pomyślniéj się tu przedstawia niż w statystyce Spencer Wellsa i Schrödera z ostatnich czasów, gdzie procent śmiertelności wynosi dla owaryjotomii 10, względnie 7, dla myomotomii zaś 48, względnie 32. Nadmienić nadto muszę, że owaryjotomije przezemnie operowane stanowiły przeważnie ciężkie, z rozległemi zrostami połączone przypadki, za czém dobitnie ta okoliczność przemawia, że zabieg operacyjny 14 razy przeciągnął się poza godzinę, a między temi 3 razy trwał dłużéj niż dwie godziny, podczas gdy tylko w dwóch całkiem gładkich przypadkach, które mi się dostały, operacyję całą ukończono w niespełna pół godziny. Kilkakrotnie też potrzeba było wycinać zrośnięte części jelita; w jednym przypadku wyłuszczono zropiały torbiel jajnika, innym razem znów wykonano zabieg operacyjny w przebiegu świeżo toczącego się zapalenia otrzewny.

Daleki od myśli rozwodzenia się na tém miejscu nad wskazaniem i rokowaniem dla myomotomii, nie mogę powstrzymać się tu od kilku uwag, które wydają mi się w tym kierunku właściwemi. Rokowanie dla tego zabiegu nie dorównywa dzisiaj pod względem powodzenia mimo całego zasobu techniki bynajmniéj rokowaniu dla owaryjotomii i nie dorówna mu nigdy według mego przeświadczenia. Niezawodnie uda się na przyszłość uniknąć i w nader powikłanych razach posokowatego zapalenia otrzewny, które sprowadziło u innych operatorów przeważną część wypadków śmiertelnych (u Schrödera ²/₃), mimo to przecież zawsze pozostaną przypadki, których przebieg niepomyślny nie da się naprzód przewidzieć, i na które technika, jakotéż antyseptyka wpływu nie wywiera. Mam na myśli przypadki śmierci skutkiem shocku, niedokrewności, stłuszczenia serca i innych chorób już przed operacyją się toczących, które usposabiają do zapadu. Z trzech przypadków śmiertelnych u mnie dwa wchodzą w tę kategoryję, u Schrödera stanowią one 8% wszystkich operowanych.

Zkąd pochodzi zaś stosunkowo częste zejście śmiertelne po myomotomii, podczas gdy owaryjotomija względnie rzadko w podobny sposób się kończy. Zawisło ono bezpośrednio od istoty pierwotnego cierpienia, przedewszystkiém zaś od wytkniętego wskazania. Wiedząc, że guz jajnika przedstawia cierpienie niemal bezwzględnie śmiertelne, przystępujemy do zabiegu operacyjnego, skoro tylko rozpoznanie w ogóle zostanie ugruntowaném. Kobieta w stanie ogólnym względnie dobrym poddaje się operacyi i dla tego też tam, gdzie lekarze i publiczność z ufnością skłaniają się wcześnie do zabiegu, nie masz ciężkich powikłań miejscowych i ogólnych i chore znoszą łatwo względnie nieznaczny zabieg operacyjny.

Inaczéj rzecz się przedstawia przy myomotomii. Cierpienie to samo przez się nie zagraża życiu choréj i żaden też sumienny lekarz nie będzie doradzał wyłuszczenia włókniaka macicy, który nie sprawia wcale żadnych lub mierne dolegliwości. Operacyja staje się przedmiotem roztrząsania dopiero wówczas, gdy guz wywołuje groźne objawy; silne bóle, obfite krwotoki, utrudnienie w oddawaniu stolca i moczu, szybki wzrost, następowa puchlina brzucha,

oto objawy, które usprawiedliwiają wskazanie do podjęcia zabiegu. Nawet w tych warunkach przecież rzadko uciekamy się natychmiast do myomotomii. Stosując zrazu środki zapobiegawcze, posługujemy się ergotynem, który w wielu razach skutecznie powstrzymuje wzrost guza, liczymy wreszcie na to, że częstokroć mięsaki same przez się przestają wzrastać mianowicie w latach przechodowych. Gdy zaś wszystkie usiłowania przedwstępne zawiodą, poruszamy kwestyję operacyi. Niestety wówczas minął częstokroć czas korzystny dla operacyi, gdyż chora skutkiem utraty krwi, zaburzeń w odżywianiu, bólów itd., tak dalece podupadła, że operacyja sama przez się może nie ciężka stanowi dla niéj zabieg niebezpieczny. Nie rzadko przewiduje to lekarz na pewne i odradza operacyi, nie zawsze jednak można stanowczo rozstrzygnąć, czy siły choréj będą dostateczne. Wartość naszego rozpoznania i rokowania w sztuce lekarskiéj zasadza się tylko na rachunku prawdopodobieństwa, stałych formuł matematycznych nie znamy. Niejedna chora wynędzniała do skóry i kości znosi pomyślnie ciężki zabieg operacyjny, podczas gdy inna o wejrzeniu pozornie korzystném ginie śród zapadu. Sekcyja wykazuje wprawdzie zwyrodnienie serca, które uchylało się od rozpoznania za życia i tłumaczy przyczynę śmierci, lecz mimo to operator przed zabiegiem z tém się nie policzył.

Nadto uwzględnić należy okoliczność następującą. Te przypadki właśnie, w których wskazanie określają jasno ciężkie jakieś przypady, przedstawiają pod względem operacyjnym największą grozę. Przypadki, gdzie zabieg bywa łatwym, nie wywołują zazwyczaj żadnych objawów i dla tego nie wymagają operacyi.

Z tego co omówiłem wypływa, że podanie należytego wskazania do myomotomii napotyka na trudności takie, jakich nie nastręcza żadna inna operacyja. Z jednéj strony staramy się odwlec zabieg jak najdłużéj, gdyż może on być zbyteczny, z drugiéj strony zaś pragniemy operować nie zbyt późno, aby poddać chorą zabiegowi, gdy stan jéj ogólny jeszcze dość zadowalający. Właściwą drogę odszukać w obec tego dilematu pozwala jedynie staranne rozważenie wszystkich okoliczności towarzyszących. Momentem rozstrzygającym będzie tu oczywiście rokowanie wytknięte ze względu na operacyję. Kto ogląda się na dawne wykazy śmiertelności liczące 50—60%, ten trudno tylko skłoni się do operacyi i wyczekując zbyt długo zazwyczaj natrafi na spóźnioną porę. Kto zaś więcéj ufności pokłada w operacyi, ten przystąpi do zabiegu, skoro guz sprowadzi ciężkie dolegliwości lub groźne objawy a środki dotąd użyte okażą się bezskutecznemi. Z tych powodów też mogą się dziś jeszcze różnić poglądy różnych lekarzy co do wskazania do myomotomii.

Po tém krótkiém zboczeniu powracam jeszcze do opisanych poprzednio sześciu przypadków. Historyje chorób świadczą, że przebieg tychże mimo ciężkich powikłań nie różnił się istotnie pod wpływem worków z gazy jodoformowéj od przebiegu zwyczajnéj owaryjo- wzgl. myomotomii; nieodmiennie był on zawsze aseptyczny. Czas trwania leczenia t. j. okres pozostawania choréj w zakładzie wynosił w pierwszych pięciu przypadkach 21—29, średnio $24\frac{2}{5}$ dnia [1]) u szóstéj operowanéj zaś utrzymywała się jeszcze w 4 miesiące po operacyi przetoka, prowadząca do worka otrzewnowego w okolicę macicy. Nie należy jednak obwiniać o to worek z gazy jodoformowéj, gdyż wydarzyć się coś podobnego może nawet przy zwyczajném drenowaniu ku zewnątrz worka otrzewnowego; w każdym razie przebieg także tutaj był aseptyczny. Użycie worka z gazy jodoformowéj ma nadto tę korzyść, że w razie krwotoku z głębi rany w miednicy nie dającego się bezpośrednio usunąć, wsunięcie pasków w głąb worka powstrzymuje krwawienie, lub jeśli zastosowanie gazy jodoformowéj jest niedostateczném, zatamowanie łatwo osiągnąć wprowadzeniem w głąb worka tamponów z Penghavar Djambi, który na innych miejscach cenne oddaje usługi.

Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia pytanie, czy metoda wyżéj opisana nie zagraża operowanym niebezpieczeństwem zatrucia jodoformowego. Jakkolwiek w 6 przytoczonych przezemnie przypadkach nie zauważono żadnych zatrważających objawów w tym kierunku, nie mógłbym przecież tak lekko wydać sądu w powyższéj sprawie. Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że rozległa powierzchnia ranna styka się bezpośrednio z gazą jodoformową w warunkach, które wessaniu nader sprzyjają, lecz jeśli uwzględnimy, że z całego worka z gazy jodoformowéj bezustannie odpływa obfita wydzielina na zewnątrz, spłukując równocześnie uwalniający się jodoform, to przyznać trzeba, że niebezpieczeństwo zatrucia nie jest znowu tak wygórowane, aby przy dokładnéj obserwacyi nie udało się w samym początku zażegnać niebezpieczeństwo przez rychłe usunięcie gazy jodoformowéj. Zresztą może użyciem innego materyjału antyseptycznego uda się zastąpić zastosowaną moim sposobem gazą jodoformową; kto nie zbyt przyjaźnie usposobiony dla jodoformu, niechaj spróbuje do świeżo przyrządzonéj gazy karbolowéj lub sublimatowéj. Czy jednak w ten sposób przebieg gojenia się będzie równie zapewniony, a chora mniéj narażona na zatrucie ogólne, niż przy użyciu gazy jodoformowéj, na razie rozstrzygnąć śmiało nie mogę. Co do mnie nie mam powodu najmniejszego do zerwania z jodoformem. (C. d. n.)

[1]) Choréj po laparotomii nie przypuszczam nigdy z kliniki przed końcem 3 tygodnia, nawet w przypadkach zupełnie prostych.

III. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał **Dr. Stanisław Klikowicz** z Petersburga.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Chlorek sodu. Chlorek potasu.

Twierdzono wprawdzie, „że sól kuchenna działa przyspieszająco na trawienie materyj białkowych w żołądku, lecz zdania tego dotychczas nie dowiedziono (Buchheim R. l. c. str. 110).“ Instynktowna potrzeba téj najbardziéj rozpowszechnionéj pożywki, wielkie jéj znaczenie fizyjologiczne (Bunge: *Zeitschrift für Biologie*, tom IX i X str. 104 i 111, 1873—4) dla odżywienia organizmu dały już powód do wielu prac nad bezpośrednim wpływem soli na trawienie żołądkowe. Że w skutek podrażnienia przez sól błony śluzowéj żołądka powiększoném zostaje wydzielanie soku żołądkowego, to łatwo bardzo zrozumieć; bardzo prawdopodobném też jest, że sól przyczynia się do zwiększonego wytwarzanie się kwasu solnego w gruczołach trawiennych; ale nadto bardzo też być może, że sól kuchenna wywiera bezpośredni wpływ na przemianę ciał proteinowych w peptony. Dla rozwiązania tego zadania wielu badaczy robiło doświadczenia nad sztucznemi mięszaninami trawiącemi, ażeby procesy chemiczne studyjować niezależnie od fizyjologicznych. Lecz niestety nie udało

się otrzymać żadnych rezultatów. Aleks. Schmidt (*Ueber d. Beziehung des Kochsalzes zu einigen thierischen Fermentationsprocessen. Pflügers Archiv.* Tom XIII str. 93, 1876) przekonał się, że dodanie 0.5—0.6% soli kuchennéj bardzo znacznie opaźnia rozpuszczanie się dyalizowanego białka. Petit (l. c.) i Wolberg (l. c.) otrzymali ten sam rezultat, ostatni jednak zauważył przy dodaniu 0.5 NaCl na 100 cm. sz. mięszaniny trawiącéj przyspieszenie w rozpuszczaniu się białka do 2.6%. W ostatnich czasach Pfeiffer (*Ueber d. Einfluss einiger Salze auf verschiedene künstliche Verdauungsvorgänge. Sep.-Abd. aus d. Mittheil. der amtl. Lebensmittel-Untersuch. Anstalt zu Wiesbaden* 1883/4) pomiędzy innemi i sól kuchenną poddał ścisłemu badaniu. Trawienie w doświadczeniach jego trwało po większéj części tylko krótki czas (20 minut do 1 godziny, rzadziéj 15—19 godzin). Ma on zupełną słuszność protestując przeciwko zanadto długo trwającemu (40 godzin) trawieniu, gdyż jakeśmy się sami przekonali, śród niektórych warunków rzeczywiście różnice pomiędzy rozmaitemi porcyjami powoli wyrównane zostają; my sami, gdy doświadczenia nasze trwały tylko 4—6 godzin, opieraliśmy się na tém samém rozumowaniu co i Pfeiffer; ażeby jednak otrzymać znaczniejszą cokolwiek ilość bezwzględną peptonu, nie mogliśmy się zadowolić samém tylko rozpuszczeniem się białka i musieliśmy téż doświadczenia nasze tak urządzić, iż trwały nie kilka minut lecz po kilka godzin. Jeśli natychmiast po rozpuszczeniu mięszaniny trawiącéj przesączymy ją i podzieliwszy ją na dwie równe porcyje, wystawimy jednę z nich na dalsze trawienie w wylęgarni, w drugiéj zaś proces natychmiast przerwiemy, w takim razie w drugiéj porcyi otrzymamy mniejsze porcyje peptonu, aniżeli w pierwszéj. Pfeiffer przekonał się, że najmniejsza przymieszka soli kuchennéj (0.24%) wstrzymuje trawienie żołądkowe i że sól ta, z wyjątkiem węglanu sodu, najbardziéj ze wszystkich badanych przez niego soli (soda, siarkan sodu i siarkan magnezyi) wstrzymuje trawienie.

Jeśli teraz spojrzymy na Tab. V, to widzimy, że w 3 pierwszych doświadczeniach nie ma żadnego, albo istnieje tylko bardzo małe wstrzymanie; przyspieszenia peptonizacyi nie mogliśmy zauważyć ani w przytoczonych tu, ani w pewnéj liczbie niecytowanych doświadczeń. W doświadczeniach 4—10 widzimy w odsetkach wyrażone znaczne (rubr. 11) zahamowanie, jakkolwiek pod względem stosunku dawki do czynnika hamującego przy doświadczeniach 6 i 7 rażącém jest, że przy ilości soli kuchennéj 2.5, procent zahamowania jest prawie o połowę mniejszy, aniżeli po dawkach 2.0 wynoszących (doświad 4 i 5). Sądzimy, iż wolno nam przypuszczać, że absolutna ilość wziętego białka nie wywiera tu żadnego wpływu, gdyż we wszystkich czterech doświadczeniach pozostała bardzo znaczna ilość białka w stanie nierozpuszczonym. Doświadczenie 10 przytoczyliśmy tu, jakkolwiek liczba 43.5% nie jest zupełnie dokładną, lecz przeciwnie tylko przybliżoną (notoryczne strącenie pewnéj części hemialbumozy przez nadmiar soli kuchennéj).

Oprócz 18 doświadczeń z solą kuchenną zrobiliśmy 6 z chlorkiem potasu; ponieważ jednak sól ta, jak się okazało, na tworzenie się peptonów działa zupełnie tak jak sól kuchenna, przytoczenie przeto tabeli uważamy za zbyteczne.

Wodan chloralu.

Rezultaty doświadczeń nad tym środkiem dają się streścić w kilku słowach: dawki poniżéj 1.0 zdają się nie wywierać żadnego wpływu na peptonizacyję; raz nie otrzymaliśmy żadnego, drugi raz znów otrzymaliśmy bardzo nieznaczne przyspieszenie (1.8%) peptonizacyi. Po jednym gramie (doświadczenie 2) ma miejsce stanowcze, lecz nadzwyczaj nieznaczne, wstrzymanie, które przy 2.0 i 3.0 (po 2 doświadczenia) przechodzi w dosyć wyraźne. 5 i 10 gramów bardzo niekorzystnie wpływa na trawienie (po 1 doświadczeniu). Ponieważ w doświadczeniach 1—3 otrzymaliśmy zbliżone do siebie liczby z dwóch zupełnie równolegle zrobionych doświadczeń, przeto w Tab. VI rubr. 6 i 8 za podstawę obliczeń naszych wzięliśmy średnie z dwóch oznaczeń polarymetrycznych.

Preparaty żelaza.

Słusznie zarzucają żelazu, że ono szkodliwiéj działa na trawienie żołądkowe, aniżeli jakikolwiek inny środek leczniczy. Zarzut ten tém bardziéj ciąży na żelazie, że zastosowaném bywa zwykle w tych razach, kiedy cały organizm w ogóle, a szczególniéj aparat trawiący, znajduje się w stanie bardzo osłabionym. Petit (l. c.) za przyczynę szkodliwego działania żelaza na trawienie żołądkowe uważa zobojętnianie kwasu, które się odbywa przy wymianach pomiędzy kwasem solnym soku żołądkowego z jednéj, a z solami żelaza ze słabszemi kwasami połączonemi z drugiéj strony. Düsterhoff (*Ueber den Einfluss von Eisenpräparaten auf die Magenverdauung. Inaugur. Dissert.* Berlin, 1882) na podstawie doświadczeń swoich sądzi, że w ogóle sole żelaza kwasów organicznych najszkodliwiéj działają na trawienie, a to z powodu uwalniania się kwasu organicznego, który w takich razach zajmuje miejsce kwasu solnego, lecz nie posiada jego własności.

Ponieważ jednak i preparaty kwasu fosforowego szkodliwie działają, przyczém uwięzienie kwasu solnego jest bardzo wątpliwém, przeto przypisuje Düsterhoff preparatom żelaza nieznaną jeszcze własność swoistą wstrzymywania trawienia żołądkowego. N. A. Bubnow (*Ueber den Einfluss d. Eisenoxydhydrates und d. Eisenoxydulsalze auf künstliche Magenverdauung u. Fäulniss mit Pancreas. Zeitschrift f. physiol. Chemie,* T. VII, str. 315. Dr. Bubnow † 18/12, 1884 (v. s.) w Petersburgu mój niestety za wcześnie zmarły kolega robił w laboratoryjum Hoppe-Seylera doświadczenia, które dowiodły hamującego wpływu niektórych preparatów żelaza na sztuczne trawienie i na proces gnicia istot białkowatych.

Nie miałem możności systematycznego zbadania szeregu preparatów żelaza porównawczo pod względem ich wpływu hamującego. Po wyczerpujących pracach poprzedników nie mamy zresztą potrzeby zajmowania się tą kwestyją na nowo. Ponieważ przy doświadczeniach z żelazem bardzo często występuje nieprzyjemne wyraźnie żółte zabarwienie płynu, byliśmy przeto częstokroć zmuszeni przed polaryzacyją zobojętniać go sodem gryzącym i za pomocą przegotowania strącać żelazo. Powstałą w ten sposób ciecz ochładzaliśmy, sprowadzali do objętości 100cm.sz., a po przesączeniu polaryzowaliśmy ją. Manipulacyja ta, niepotrzebna w doświadczeniu kontrolowém, wywiera, zdaje się, pewien wpływ na dokładność oznaczenia porównawczego; z pewném przeto zastrzeżeniem podajemy liczby w rubr. 6 i 7, Tab. VII, i doświadczenia nasze przytaczamy tylko dla kontrastu pomiędzy działaniem czystego żelaza i jego nieorganicznych soli na peptonizacyję z jednéj i soli organicznych tegoż metalu z drugiéj strony. Wynika to z porównania liczb podanych w rubr. 11 dla 8u pierwszych i 5ciu ostatnich doświadczeń. Zanotowane przy doświadczeniach 9, 11 i 13 „przyspieszenie“ leży wprawdzie w granicach błędów obserwacyjnych, ponieważ jednak w doświadczeniach 10 i 12 nie zauważyliśmy wstrzymania, przeto

wolno nam, zdaje się, wnosić z tego, że nasze sole organiczne nie wywarły znacznego wpływu szkodliwego na peptonizacyję. Wniosek ten jest w sprzeczności z wymienionemi wyżéj, przez Düsterhoffa otrzymanemi, rezultatami. Ponieważ jednak autor ten bezpośrednio oznaczył tylko nierozpuszczoną pozostałość i strącalne za pomocą gotowania białko, z różnicy zaś doszedł do oznaczenia peptonu i przytém w ogóle pracował nad bardzo małemi ilościami absolutnemi białka (1·0 włóknika wilgotnego co dawało około 0·3 istoty suchéj), małe przeto i nie we wszystkich szeregach doświadczeń wyraźnie na jaw występujące różnice w tworzeniu się peptonu nie powinny może być uwzględniane. Zresztą w doświadczeniach naszych brak zahamowania był w sprzeczności z leniwém bardzo rozpuszczaniem się białka, którém się odznaczały porcyje zawierające organiczne sole żelaza. Przy doświadczeniach z preparatami żelaza rażącém jest, że pomimo widocznie zwolnionego rozpuszczania się białka tworzenie się peptonu odbywało się albo słabo albo nawet bez żadnéj przerwy.

Kalomel.

Robiliśmy 4 doświadczenia, a mianowicie dwa z 0·5 i drugie dwa z 1·0 kalomelu. Środek ten, którego działanie farmakologiczne jedni objaśniają na czysto mechanicznéj, drudzy na chemicznéj drodze, posiada też, jak dowiódł N. P. Wasiliew (*Ueber die Wirkung des Calomels auf Gährungsprocesse u. das Leben der Microorganismen. Zeitschrift für physiol. Chemie*, T. VI, 1882, str. 112), bezwątpienia własności dezinfekcyjne i antyseptyczne. Autor ten zrobił dwa doświadczenia, ażeby się przekonać, czy kalomel wywiera wpływ na trawienie żołądkowe. Użyto w tym celu świeżego włóknika w ilości 60 gramów, z tego 200cm. pozostawiono przez noc ze sztucznym sokiem żołądkowym przy zwykłéj ciepłocie pokojowéj; nazajutrz przekonano się, że obie porcyje z przymieszką 0·3 i 0·2 kalomelu zostały zupełnie rozpuszczone, tak samo jak porcyja, w któréj nie było żadnéj przymieszki. Reakcyja Biureta wykazywała obecność peptonu.

Doświadczenia nasze robiliśmy z mniejszemi dawkami, mianowicie z 0·5 i 1·0 kalomelu i dla każdéj dawki robiliśmy po dwa doświadczenia. Podczas trawienia w żadnéj z tych porcyj nie można było zauważyć żadnéj, choćby najmniejszéj, różnicy w prędkości rozpuszczania się białka. Naczynia z kalomelem miały wyraźnie szarą barwę, która jednak nie była tak znaczną, ażeby przez to polaryzacyja stała się niemożebną. Otrzymaliśmy niewielkie, lecz we wszystkich czterech doświadczeniach stałe wstrzymanie w tworzeniu się peptonu. Ponieważ jednak zabarwienie wzrastało w miarę powiększania dawek kalomelu, a z drugiéj strony mniejsze jeszcze dawki dałyby prawdopodobnie bardzo nieznaczne różnice w liczbach polarymetrycznych, ograniczyliśmy się przeto do tych doświadczeń i odsyłamy czytelnika do Tab. VIII.

Salicylan sodu.

Krystyjan Bohr (*Ueber den Einfluss der Salicylsäure auf die Fleischverdauung beim Hunde. Jahresberichte über d. Fortschritte d. Thierchemie*, T. VI, 1876, str. 188) robił w pracowni Panuma doświadczenia, w celu przekonania się, czy długotrwałe wprowadzanie kwasu salicylowego do organizmu psa wywiera wpływ szkodliwy na trawienie żołądkowe. Średniéj wielkości pies otrzymywał przez miesiąc codziennie po 450 gramów mięsa i często po 0·25—5·0 gramów kwasu salicylowego, skutkiem czego nastąpiły częste wymioty i wstręt do mięsa. Petit (l. c.) zauważył też, że 0·4%, 0·8% salicylanu sodu nie zgadzają się z normalném działaniem pepsyny. Lecz doświadczenie codzienne i praktyka przeczą tym wynikom eksperymentu, wiadomo albowiem, że chorzy bez szkody dla trawienia zażywać mogą dość znaczne dawki kwasu salicylowego albo salicylanu sodu i to nawet przez dłuższy czas.

Przekonawszy się, że nasycony prawie rozczyn salicylanu sodowego nie posiada własności skręcania, zrobiliśmy nad nim w powyższy sposób kilka doświadczeń. Blado-różowe zabarwienie danéj do polaryzacyi cieczy wywołaném zostało zapewne zawartą w białku drobną ilością soli żelaza; sądzimy jednak, że tak lekkie zabarwienie nie mogło w żaden sposób znacznego wywrzeć wpływu na rezultat polarymetryi. Dwa doświadczenia z 2·5 i 5·0 salicylanu sodu dały zgodne rezultaty, mianowicie, że sól ta znacznie bardzo wstrzymuje tworzenie się peptonu. Rezultat ten zgadzał się téż zupełnie z wpływem, jaki sól ta wywierała na rozpuszczenie się białka: porcyje, w których się znajdowała sól ta, pozostały prawie do połowy nierozpuszczone, podczas gdy w porcyi kontrolowéj rozpuszczenie białka już dawno się skończyło. Niestety nie mogliśmy ważnego tego środka bliżéj pod tym względem studyjować, gdyż byliśmy zmuszeni skończyć doświadczenia nasze. Rezultaty oznaczeń polarymetrycznych zestawione są w Tab. IX.

Siarkan sodu. Siarkan magnu.

Sole te oprócz wymienionych wyżéj prac Petita i Wolberga w najnowszych czasach bardzo dokładnie zbadane zostały przez E. Pfeiffra (*Ueber den Einfluss einiger Salze auf verschiedene künstliche Verdauungsvorgänge. Sep.-Abdr. aus d. Mittheilungen d. amtlichen Lebensmittel-Untersuchungs-Anstalt zu Wiesbaden.* 1883/4). Autor ten zajął się doświadczeniami porównawczemi, ażeby nietylko stwierdzić fakt wstrzymania, lecz w celu klasyfikowania badanych soli stosownie do mniejszego albo większego wpływu hamującego. Jako rezultat ostateczny swoich badań ułożył on skalę, podług któréj najmniéj szkodliwie na trawienie żołądkowe działa siarkan magnu, daléj następuje siarkan i węglan sodu i w końcu, jako najbardziéj wstrzymująca, sól kuchenna. Nasze, po części przed dwoma laty, po części w tém półroczu wykonane, doświadczenia nie są tak liczne, ażeby z nich można było podobne wysnuć wnioski; oprócz tego nie osądzaliśmy energii trawienia podług pozostałości, lecz oznaczaliśmy ilość otrzymanego produktu ostatecznego trawienia. W każdym razie widać z Tab. X, że obie te sole, nawet w małych dawkach bardzo wstrzymują tworzenie się peptonu [1]).

IV. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił **Dr. Ferdynand Obtułowicz**,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Wielki już postęp pod tym względem wykazują badania Loefflera, dokonane w ostatnich czasach, które starają się w zupełności powyższym wymogom zadosyć uczynić. — Badacz ten w pracowni cesarskiego Urzędu zdrowotnego w Berlinie zajmował się nader skrzętnie badaniem błon dy-

[1]) Tablica późniéj dołączoną będzie.

fterytycznych i zawartych w nich mikroorganizmów i podobnie jak Klebs wykrył 2 postacie grzybków, należące do działkogrzybków (*Schistomycetes*), mianowicie koki łańcuszkowe i laseczniki nader drobne i wąziuchne. Koki jednakowoż znajdowały się tylko wtenczas, gdy już w błonie śluzowéj widocznemi były nadżerki, a wówczas Loeffler znajdował je nie tylko w miejscu tych nadżerek, ale, co więcéj nawet, to czego dotąd przed nim nikt nie wykrył, bo w naczyniach limfatycznych i krwionośnych organów wewnętrznych. Loeffler atoli koków tych nie uważa za twory przyczynowe (motory) dyfteryi, lecz za twory tylko przypadkiem tamże się znajdujące, bo grzybków tych właśnie nie dostrzegł w przypadkach dyfteryi świeżych i wybitnych. W przypadkach zaś właśnie charakterystycznych i świeżych dyfteryi wykrył laseczniki nader drobne i wąziuchne, podobnie jak Klebs, a hodowle tych działkogrzybków wprowadzane do rozciętéj tchawicy królików, kur i gołębi zdołały wytworzyć błony wrzekome, podczas gdy sztucznie rozmnożone koki łańcuszkowe zmiany takiéj nigdy nie wywoływały. Loeffler uważa skutkiem tego za rzecz bardzo prawdopodobną, podobnie jak Klebs, że laseczniki te są właściwemi tworami wywołującemi dyfteryję.

Mimo to jednak dalsze dopiero badania muszą potwierdzić co dopiero przytoczone wyniki pracy Loefflera i stanowczo uzasadnić taką właśnie a nie inną przyrodę jadu dyfterytycznego.

W końcu niniejszego rozdziału zastanowić nam się wypadnie jeszcze nad stopniami chorobowemi dyfteryi jakotéż nad stosunkiem, jaki między dławcem a dyfteryją zachodzi.

Wielokrotne spostrzeżenia poczynione podczas licznych epidemij dyfteryi przekonywają mnie, że zdarzają się różne stopnie błonicy połyku i to poczynając od form najlżejszych, niemal nieżytowych, aż do najcięższych, zgorzelinowych, podobnie jak to i w epidemijach płonicy często spostrzegamy. I tak częstokroć zdarza się nam, że podczas epidemii dyfteryi, przy badaniu połyków wszystkich osób znajdujących się w chacie przez tę chorobę nawiedzonéj, znajdujemy już to połyk pokryty wypociną dyfterytyczną grubą i wydatną, zwłaszcza u dzieci małych lub u osób sędziwych schorzałych, już to znów tylko mocno zaczerwieniony ze śladami zaledwie wypociny dyfterytycznéj, a nawet bez jakiegokolwiek nalotu błonicowego, zwłaszcza u osób starszych, krzepkich i zdrowych. Fakt ten powtarza się w każdéj epidemii i stwierdza tylko zdanie, że jad dyfterytyczny, w miarę odporności organizmu i innych bliżéj jeszcze nieokreślonych warunków, wywołać może różne formy, różne nasilenia jednego i tego samego cierpienia. Ja sam obserwowałem nawet całe epidemije nadzwyczaj lekkiéj dyfteryi nieżytowéj, obok epidemij dyfteryi ciężkiéj i złośliwéj. I tak w r. 1879 w górzystym powiecie tureckim panowała we wsi Łomnéj, położonéj nad górnym biegiem Dniestru opodal od jego źródeł, złośliwa błonica ze śmiertelnością wynoszącą koło 40%, podczas gdy równocześnie w Chaszczowie, miejscowości stykającéj się bezpośrednio z Łomną i położonéj nad potokiem wpadającym do Dniestru, panowała epidemija nieżytowego zapalenia gardła z śmiertelnością 4% (na 27 dzieci chorych umarło 1). Podobnież we wsi Ostra położonéj nad Dniestrem w powiecie buczackim spostrzegałem podczas epidemii dyfteryi panującéj od 7 września 1883 do 19 stycznia 1884 najpierw bardzo złośliwe przypadki dyfteryi ze śmiertelnością 53%, a z końcem grudnia i w styczniu już bardzo łagodne przypadki, tak że z 19 ostatnich przypadków dyfteryi żaden nie zakończył się śmiercią. W ciągu téj właśnie epidemii bardzo znaczna ilość osób dorosłych, zdrowych, zapadała na ciężkie nieżytowe zapalenia połyku bez wypocin dyfterytycznych, podczas gdy u kilku osób podeszłego wieku w połyku nawet pokłady dyfterytyczne na migdałkach spostrzegałem. Z tego zatém aż nadto jasno wynika rozmaitość form sprawy błonicowéj i liczne fazy przejściowe dyfteryi, a ujmując sprawę tę chorobową w ściślejsze ramy możnaby przecież rozróżnić 3 główne formy dyfteryi i podzielić ją: 1) na formę nieżytową (dyfteryja kataralna) czyli formę bardzo lekką z nader nieznacznemi pokładami czyli nalotem błonicowym łatwo znikającym; 2) na formę dyfteryi zwykle spotykaną z wybitnemi pokładami grubszemi lub cieńszemi, które szerzą się z łatwością na błonie śluzowéj połyku i górnych dróg oddechowych, czemu towarzyszą ogólne objawy, zdradzające większy lub mniejszy stopień zakażenia całego ustroju; 3) na formę błonicy zgorzelinową, najcięższą i stosunkowo rzadziéj spotykaną, która piorunująco niekiedy przebiega i w ciągu 2 lub 3 dni zazwyczaj śmiercią się kończy. Skutkiem ogólnego zatrucia organizmu, albo téż wywołując zgorzelinę części zajętych w połyku i głębokie potém owrzodzenia zwolna sprowadza śmierć przez wyniszczenie lub porażenie serca.

Oertel we wspomnianéj monografii (l. c. 584) rozróżnia 4 formy dyfteryi, tj. nieżytową, formę dławcową (*croupöse Form*), gnilną (*septische Form*) i zgorzelinową. Zdaniem mojém forma septyczna nie stanowi grupy odrębnéj, gdyż zwykle stanowi ona zakończenie formy dławcowéj, lub téż zaczyna formę zgorzelinową, dla tego podział na trzy te formy jest najwłaściwszym i przez liczne spostrzeżenia najbardziéj uzasadnionym.

Wszystkie te formy dyfteryi spostrzedz się dające podczas każdéj niemal epidemii téj choroby, mają wspólną cechę, tj. że szerzą się epidemicznie i że są zawsze cierpieniem zdradzieckiém wymagającém starannéj opieki i troskliwego badania lekarskiego, gdyż nieraz nawet formy bardzo lekkie w skutek różnych powikłań i zgubnych następstw, szczególniéj zaś zajęcia nerek i porażeń nerwowych, mogą fatalnie się skończyć i narazić lekarza optymistę na przykre rozczarowania.

Na zakończenie tego ustępu chciałbym jeszcze kilku słowami dotknąć kwestyi, rozstrząsanéj wielokrotnie w ostatnich czasach, a dotyczącéj stosunku dławca czyli krupu do dyfteryi.

Jakkolwiek kliniczny obraz dławca może stanowić dla siebie ściśle określoną, w odrębne ramy ujętą całość (Henoch l. c.), to jednak niemal wszyscy najpoważniejsi autorowie zgadzają się na to, że dławiec i błonica stanowią tylko dwie różne formy jednéj i téj saméj choroby zakaźnéj (Revilliod: *Croup, Diphteritis* i tracheotomia, odczyt miany na 5 Zjeździe międzynarodowém w Genewie 1877. — Dr. Pieniążek: Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi. Przegląd Lekarski 1879. Nr. 48 i 49 — *Brit. med. Journal* 1878 Nr. 930. *Ueber die Beziehungen zwischen Croup und Diphtheritis* w *Wiener medic. Wochenschrift* 1879 str. 582.), a różnica istnieje tylko pod względem anatomicznym, t. j. w dławcu wypocina wytwarza się na powierzchni błony śluzowéj, w błonicy zaś nie tylko na powierzchni, ale wnika i w miąższowe utkanie błony śluzowéj i częstokroć przez znaczne zboczenie w odżywieniu tkaniny śluzowéj i naczyń ją oplatających sprowadza obumarcie komórek i włokien składających tkaninę błony śluzowéj. I w bło-

nicy nieraz wypocina ma od początku charakter dławcowy (forma dławcowa dyfteryi *Pseudodiphtheritis)* i charakter ten aż do ukończenia się sprawy chorobowéj zatrzymuje; a tylko w formach nieco cięższych lub zgoła zgorzelinowych następują po złuszczeniu się wypocin płytsze lub głębsze owrzodzenia.

Klebs tłumacząc różnicę między wypociną dławcową a błonicową nie ich odrębnością lecz uważając obie sprawy za jeden i ten sam proces chorobowy twierdzi, że na blonach śluzowych pokrytych tylko jednowarstwowym przybłonkiem, jak np. w tchawicy, wypocina ma charakter dławcowy i łatwo złuszcza się, podczas gdy na błonach śluzowych pokrytych przybłonkiem kilkuwarstwowym wypocina sięga głębiéj, ściśléj przylega i trudniéj się oddziela, a przy forsownêm ścieraniu odrywając się sprawia broczenie błony śluzowéj jak np. na migdałkach lub w połyku (*Real-Encyklopaedie* IV., str. 162). Nie przytaczając dalszych subtelnych różnic histologicznych odwołam się do faktu zaczerpniętego z mego doświadczenia, w którém nader bliskie pokrewieństwo między dławcem a błonicą uwydatnić się musi. I tak obserwowałem w jednym przypadku nieznaczne wysepkowate wypociny na migdałkach, które w 2 lub 3 dniach z łatwością przy zwykłém leczeniu znikały, aby po kilku dniach zająć krtań i wywołać zwężenie, które dało powód do cięcia krtaniowego, przyczém obraz chorobowy okazywał formę kliniczną dławca a przecież w późniejszéj rekonwalescencyi dostrzedz się dawały objawy porażeń nerwowych, które dowodziły, że w przypadkach tych mieliśmy do czynienia z chorobą o charakterze dyfterytycznym. (Przypadek taki również opisał Kassowitz na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Strassburgu). Fakty te dowodzą zatêm, że chociaż w wielu przypadkach klinicznie da się uzasadnić pewna różnica między dławcem a błonicą, to w gruncie rzeczy są te tylko odcienia jednéj i téj saméj choroby, która w różnych formach objawiać się może.

Formy krańcowe dławca i błonicy mogą w przebiegu swym i co do umiejscowienia przedstawiać cechy odrębne, ale za to istnieją liczne formy przejściowe łączące te skrajne ogniwa w jeden nieprzerwany łańcuch przypadków objętych wspólną nazwą dyfteryi. W końcu i ta okoliczność przemawia za têm, że dławiec i błonica są tylko 2ma różnemi formami jednéj i téj saméj choroby zakaźnéj, że dławiec właśnie najczęściéj pojawia się podczas panowania epidemij dyfteryi, a i przypadek poniżéj opisany, w którym z powodu dławca krtaniowego wykonałem tracheotomiję z wynikiem pomyślnym, wydarzył się właśnie przy końcu silnéj epidemii dyfteryi ze znaczną śmiertelnością, jaka w zimie r. 1881 na 1882 w Buczaczu panowała. Z tego powodu zatêm zdanie nieodżałowanéj pamięci Szeparowicza, który w znakomitéj swéj pracy o tracheotomii (Przyczynek do kazuistyki rozcięcia tchawicy, napisał Dr. Jan Szeparowicz — Przegląd Lekarski Nr. 21, 22, 24, 25, 26, 1875 str. 248 i 257—260) stanowczo staje po stronie Oertla i broni odrębności dławca, uważając ją za chorobę miejscową, zapalną, coraz to więcéj traci zwolenników, a zdanie przeciwne przez Senatora (l. c.) utrwalone coraz to więcéj zyskuje uznania. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Rozpoznanie pierzchnic płaskich w przypadkach posuniętych nie przedstawia wielkich trudności. Osutkę pierzchnic wtedy pomieniać chyba można z osutką kiłową grudkową lub guzkową *(Syphilis papulosa, tuberculosa)* w początkowym ich okresie. Dla rozróżnienia obu tych zaburzeń pamiętać należy iż:

a) Osutka kiłowa rzadko ma taki powolny przebieg, jaki spostrzega się w przypadkach pierzchnic płaskich.

b) Osutka kiłowa grudkowa ma dążność do tworzenia gromadek, kształt prawidłowy przybierających (jakoto koła, półkola, pierścienie itd.); osutka zaś pierzchnic płaskich rzadko układa się prawidłowemi gromadkami, zwykle przybiera ona postać długich smug lub gromadek i blaszek wcale nieprawidłowego, czasem cudackiego, kształtu.

c) Osutka pierzchnic płaskich złożoną jest z bardzo drobnych grudek; w osutkach zaś kiłowych obok grudek prosówkowych drobnych napotykamy téż często i większe, dosięgające wielkości soczewicy i grochu.

d) Grudki i guzki kiłowe rzadko ulegają wessaniu, zanikają bez uprzedniego przeobrażenia się rozpadowego, zwłaszcza w warstwach powierzchownych grudek; wyrzuty przeto kiłowe na powierzchni często sączą lub nawet wrzodzieją; grudki zaś pierzchnic płaskich nigdy nie podlegają owrzodzeniu i zawsze pozostają suchemi.

e) Łuski pierzchnic płaskich są bardzo drobne w postaci białawoszarego srebrzystego proszku; łuski zaś grudek i strupki guzków kiłowych są większe, grubsze i z trudnością mogą być zdjęte.

g) Osutkę pierzchnic płaskich najłatwiéj pomieniać z osutką kiłową grudkową, w tych mianowicie przypadkach, w których oprócz zwykłych objawów na skórze spostrzega się téż zmiany chorobowe i na błonach śluzowych; lecz w pierzchnicach płaskich grudki napotyka się zwykle na błonie śluzowéj jamy ustnéj, rzadziéj zaś w połyku, owrzodzeń zaś w *lichen planus* brakuje wcale; w zajęciu kiłowém jamy ustnéj i w gardle owrzodzenia rzadko nie bywa; kłykciny sączące najczęściéj usadawiają się na wargach i w połyku, rzadziéj zaś wyłącznie w jamie ustnéj.

Osutkę pierzchnic płaskich w początkowym okresie jéj rozwoju pomieniać niekiedy można z wypryskiem grudkowatym (*eczema papulatum*) lub z łuszczycą w okresie początkowym ostatniéj (*psoriasis punctata)*. Brak pęcherzyków, wyraźnego swędzenia, zdrapań i strupków, przebieg powolny osutki, odczyn nieznaczny w zajętéj skórze, jakotéż dążność osutki pierzchnic płaskich do układania się w smugi i większe gromadki i blaszki zniewolą nas wkrótce do wykluczenia wyprysku. Co zaś do łuszczycy, pamiętać należy, iż czerwone plamki *psoriasis punctatae* od początku już wykazują uwarstwienie przyskórka, po zdjęciu zaś ostatniego obnażona skóra krwawi; grudki zaś pierzchnic płaskich w początku są gładkie i nie łuszczą się wcale, co łatwo wyróżnia je od początkowych wyrzutów łuszczycy. Oprócz tego umiejscowienie osutki w łuszczycy inne niż w *lichen planus:* pierwsza usadawia się najchętniéj na łokciach, kolanach, powierzchni wyprostnéj odnóg, na uwłosionéj okolicy głowy i na grzbiecie; druga zaś na powierzchni zgięć odnóg, w okolicy brzucha, na bokach, lędźwiach i skórze części rodnych.

Wyrzuty pierzchnic płaskich, gdy są usadowione na wyprostnéj powierzchni odnóg, mogą być uważane również za osutkę *lichenis pilaris.* Lecz w tym ostatnim grudki nigdy nie skupiają się w gromadki, lecz zawsze rozrzucone pojedynczo, kończyste i każda grudka pierzchnic włosowych od początku posiada w środku łuskę.

Rozróżnienie smug skóry zanikowych (*striae atrophicae cutis*) od zanikających wyrzutów pierzchnic płaskich, układających się też w postaci długich smug, opiera się na cechach następujących: 1) obok smug pierzchnic płaskich zwykle napotykamy gromadki i blaszki rozmaitego kształtu i wielkości, jakoteż i odosobnione drobne grudki i plamki wklęsłe, pozostałe po wessaniu się pojedynczych grudek; obok *striae atrophicae cutis* nie napotykamy grudek i plamek, czy to odosobnionych, czy też zebranych w gromadki i blaszki.

2) Smugi pierzchnic płaskich mają obwód festonowy, nierówny, zagięty, kształtu wyraźnie falistego, brzegi zaś „smug zanikowych skóry“ zarysowują się zwykle w postaci linij regularnych i prostych i rzadko chyba z lekka nierównych.

3) Barwa smug, pozostałych po zaniklej osutce pierzchnic płaskich, brudno-szara; *striae atrophicae cutis* odznaczają się barwą więcej fijoletową.

4) Brzegi smug i blaszek pierzchnic płaskich ciemniej są zabarwione niż część środkowa; naodwrót zaś *striae atrophice cutis* zabarwione jednostajnie na całej swej powierzchni.

Od grudek czerwonych kończystych pierzchnic Hebry (*lichen ruber acuminatus s. exsudativus Hebrae*) grudki pierzchnic płaskich têm się odróżniają, iż są mało co nad powierzchnię skóry wyniosłe, płaskie, częstokroć zagłębione we środku, blado zabarwione i dopiero w późniejszych swych okresach łuszczyć się zaczynają; grudki zaś *lichenis rubri acuminati* ostrokończyste, posiadają barwę ciemno czerwoną i już od początku swego istnienia każda z nich na wierzchołku łuską zaopatrzona. Obok wymienionych cech odróżniających wzmiankowane choroby należy jeszcze wspomnieć o przebiegu bardziej szybkim i rozległości osutki w czerwonych kończystych pierzchnicach, gdy osutka pierzchnic płaskich rzadko kiedy miewa przebieg szybki, szerzy się zwykle powolnie, trwa bardzo długo i usadawia się najczęściej na małych obszarach skóry, tworząc wcale niewłaściwe dla *lichen ruber acuminatus* długie smugi i nieprawidłowo ułożone gromadki grudek i blaszki.

Opierając się na cechach powyższych, łatwo odróżnić osutkę pierzchnic płaskich od innych cierpień skóry podobnych do *lichen planus*.

Rokowanie w *lichen planus*, jak to już powiedzieliśmy wyżej, przedstawia się całkiem innêm niż w cierpieniu skóry pokrewnêm *lichen ruber acuminatus*; ostatni należy do chorób skórnych nader uporczywych i czasem nawet dla życia niebezpiecznych; gdy tymczasem pierzchnice płaskie po długiém nawet trwaniu na ogólny stan zdrowia wcale nie wywierają wpływu i łatwo dają się usunąć przy użyciu stosownych środków. Jedyny przykry i często niezatarty ślad przebytych pierzchnic płaskich stanowią plamy, blaszki i smugi zaniklej osutki, które gdy są rozległe i usadowione na twarzy itp. wydatnych częściach ciała, nadają skórze chorego wejrzenie nieco szpetne. (Dok. n.)

Dr. Schuster: **Sclerosis disseminata cerebrospinalis jako następstwo kiły.**

Dotychczas wedle jednozgodnych zapatrywań neuropatologów etyjologija sklerozy jest bardzo niejasną. W literaturze dostępnej autorowi niniejszej rozprawki tylko Wernicke i Greiff podają kiłę jako przyczynę tej choroby. Rokowanie co do życia zaś bezwzględnie jest niekorzystnêm. Autor opierając się na przypadku przez siebie dokładnie obserwowanym dochodzi do przekonania, że kiła może być niewątpliwie przyczyną a rokowanie nie tak złem, jak dotychczas sądzono. Przypadek obserwowany dotyczy 32-letniego mężczyzny, okazującego obok objawów kiły wybitne objawy sklerozy rozsianej. Chód spastyczno-paralityczny, podwyższone odruchy ścięgniste, objaw Westphala, brak zboczeń czuciowych i ze strony odbytnicy, drżenie gałek ocznych i przy zamierzonych ruchach nie pozwalają na inne rozpoznanie. Mowa nieco jąkająca się, pismo okazuje wszystkie właściwości tego rodzaju chorych. Objawy te wystąpiły w 5 miesięcy po infekcyi pierwotnej. Zastosowano energiczne leczenie przeciwkiłowe, nadto kąpiele ciepłe (28°R) i przypiekanie Paquelinem grzbietu. Pod wpływem tego leczenia polepszył się stan chorego w 2½ miesiąca tak, że chory mógł dwie godziny bez znużenia chodzić, drżenie zmniejszyło się bardzo wybitnie a objaw Westphala znikł. Pismo wyraźne, czytelne. W 6 miesięcy później chory zgłosił się powtórnie z objawami kiły i mniej wybitnej niż poprzednim razem sklerozy (bieganie i zwroty były choremu niemożliwemi). Leczenie podobne poprzedniemu trwało 2 miesiące ze skutkiem nadzwyczaj korzystnym. Objawy kiły zupełnie znikły a z objawów właściwych sklerozy pozostała niepewność stania na prawej nodze przy zamkniętych oczach, obok nieznacznego utrudnienia chodu, może atoli biegać, nawet tańczyć. Przypadek ten w obec równoczesnego istnienia objawów kiły i sklerozy rozsianej nie da się inaczej tłumaczyć jak tylko jako następstwo kiły, co stwierdzonêm zostało skutecznêm leczeniem przeciwkiłowêm. Rokowanie zatêm w takich przypadkach jest wcale dobrêm. (*Deutsch. mediz. Wochenschrift* 1885, Nr. 21). *Dr. Halski.*

Leber: **O zapaleniu tęczówki i tęczówki razem z naczyniówką, wydarzającêm się w przebiegu cukrzycy i zapaleniu nerek, oraz uwagi nad działaniem kwasu salicylowego w wewnętrznych zapaleniach oczu.**

Stosunkowo częste pojawianie się cukrzycy w okolicy Getyngi nastręczyło autorowi sposobność robienia dalszych spostrzeżeń nad chorobami oka w przebiegu tego cierpienia. Nie licząc zaćmy cukrzycowej zebrał L. 39 spostrzeżeń cierpień ocznych w tej chorobie. Między niemi znajduje się 9 przypadków zapalenia tęczówki, leczonych od roku 1878, a liczba ta zdaje się w obec stosunkowej rzadkości obu cierpień uprawniać do wykluczenia zbiegu przypadkowego. W ostatnich czasach ogłosili nadto autorowie francuscy podobne spostrzeżenia. Postać zapalenia tęczówki spostrzeganego w cukrzycy okazuje pewne właściwości. Przedewszystkiém podnieść należy stosunkowo częste pojawianie się zapalenia ropnego. Jeżeli pierwotne ropne zapalenie tęczówki, niewywołane przez ropne zapalenie rogówki, jest w ogólności rzadkiém, to uderzyć musi, że na 9 chorych spostrzegano u dwóch zebranie ropy w komórce przodkowej, a nadto u jednego z nich na obu oczach w różnym czasie. Do tego dodać należy, że zapalenie nie dochodziło, mimo wybitnie ropnej przyrody, znaczniejszego stopnia, zebranie ropy było zazwyczaj małe, a reszta objawów zapalnych niezbyt wygórowana, leczenie okazywało się zazwyczaj bardzo skutecznêm. Drugą właściwością jest błona włóknikowa, wypełniająca całą źrenicę a zatêm upośledzająca wzrok w wysokim stopniu, która jednak przy stosownêm leczeniu uderzająco szybko ulegała wessaniu. Spostrzegano ją u 3ch chorych, u jednego mianowicie na obu oczach, dwa razy w połączeniu z zebraniem ropy. W razie mniejszego nasilenia choroby nie było ani błony włóknikowej ani zebrania ropy, a cierpienie przedstawiało się w postaci zwykłego zlepnego zapalenia tęczówki ze zmętnieniem cieczy

wodnéj i mierną ilością tylnych przyczepin. Takie przypadki nie okazywały cech właściwych; zmętnienie cieczy wodnéj bywało zazwyczaj jednostajne, niekiedy jednak spostrzegano także i osady na tylnéj powierzchni rogówki. Następnie podnieść należy pewne właściwości przebiegu i zakończenia się zapalenia tęczówki. Jak już wspomniano ulegała tak błona włóknikowa jak i ropa w komórce nader szybko wessaniu, mimo groźnego zrazu wejrzenia choroby, która często w czasie względnie krótkim kończyła się wyleczeniem z pozostawieniem, co najwięcéj, kilku nieznacznych przyczepin tylnych. Do tak pomyślnego przebiegu przyczyniało się, zdaniem autora, wewnętrzne podawanie salicylanu sodowego, który z najlepszym skutkiem stosował już od lat kilku w przypadkach zapalenia tęczówki i miąższowego zapalenia rogówki. Inni chwalą również skuteczność tego środka w zapaleniu tęczówki, jak Wheeler, Abadie (mianowicie także w zapaleniu twardówki) i Chisolm. Mimo to zdobył on sobie, zdaniem autora, dotąd tylko względnie małe uznanie. (Sprawozdawca *Przegl. Lek.* może z własnego doświadczenia potwierdzić jego skuteczność w zapaleniu tęczówki). Oprócz zapalenia tęczówki stosował go autor z bardzo dobrym skutkiem także w samoistném (pozagałkowém) zapaleniu nerwu wzrokowego, a potwierdzić może doświadczenie innych co do zbawiennego działania w zapaleniu twardówki i tkanki nadtwardówkowéj *(scleritis* i *episcleritis).* Mimo silnego przekonania o skuteczności kwasu salicylowego odznacza się przecież, zdaniem L., przebieg w mowie będących przypadków zapalenia tęczówki czémś właściwém, gdyż, pominąwszy skłonność do ustąpienia z wessaniem produktów zapalnych, okazują one usposobienie do nagabywania oka drugiego, często dopiero po miesiącach lub latach, podczas gdy nie zdarzyło mu się widzieć nawrotu cierpienia na tém samém oku. Gdy kwas salicylowy tak na zapalenie tęczówki jak i na cukrzycę korzystnie działa, trudno więc rozstrzygnąć, czy jego działanie na zapalenie tęczówki jest bezpośredniém, czy też bardziéj pośredniém, o ile na polepszenie cukrzycy wpływa. Jest jednak rzeczą pewną, że zapalenie tęczówki może ukończyć się pomyślnie, mimo, że mocz wielką ilość cukru zawiera. Zdaje się więc, że kwas salicylowy działa raczéj bezpośrednio na zapalenie tęczówki. (Za tém przemawia, zdaniem sprawozd. *Przegl. Lek.*, zbawienne działanie na inne postacie zapalenia tęczówki).

Z innych cierpień ocznych, które w tych przypadkach zapaleniu tęczówki towarzyszyły, wymienić należy przedewszystkiém zaćmę. Jeżeli więc w ciągu rozwoju zaćmy wystąpi zapalenie tęczówki, uzasadnia to bardzo podejrzenie cukrzycy. W niektórych przypadkach towarzyszyły zapaleniu tęczówki zaćmienia ciałka szklanego, co do rozpoznania także i zapalenia ciałka rzęskowego uprawniało. W jednym przypadku wykazano cierpienie nerwu wzrokowego z niedowidzeniem i zblednięciem tarczy nerwu wzrokowego, w innym ograniczone zapalenie siatkówki z białemi plamami.

Z podanych spostrzeżeń wynika, że zapalenie tęczówki saméj lub razem z zapaleniem ciałka rzęskowego zaliczyć należy do cierpień, które cukrzyca wywołuje. Tak więc rozciąga się zgodność białkomoczu i cukrzycy pod względem chorób ocznych, które one wywołują, na sporą ilość cierpień, mianowicie: zapalenie siatkówki tak wybroczynowe jak zwyradniające; zapalenie tęczówki saméj lub razem z ciałkiem rzęskowém, zaćmienie ciałka szklanego wypocinowe i wybroczynowe, zaćma; wreszcie cierpienia nerwu wzrokowego.

W każdym więc przypadku zapalenia tęczówki należałoby badać mocz, a łatwo zrozumieć, jak wielkiéj to badanie jest wagi pod względem leczenia nietylko zapalenia tęczówki, ale także wczesnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia cierpienia ogólnego, a to tém bardziéj, że wcale dobry stan odżywienia i brak pragnienia i głodu nie wyklucza bynajmniéj nawet długotrwałéj cukrzycy ze znaczną ilością cukru. Podejrzenie cukrzycy jako przyczyny zapalenia tęczówki staje się tém większém, gdy ona odznacza się włóknikową wypociną w źrenicy i zebraniem ropy w komórce. (*Graefes Archiv f. Ophth.*, XXXI. Abth. IV). *Dr. Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω Guaite: **Zabarwienie skóry w skutek używania arsenu.** Autor zauważył u dzieci, które dla różnych cierpień używały arsenu od 4—5 miesięcy, zabarwienie skóry żywo przypominające podobny objaw choroby Addisona. Zabarwienie to zwykle najprzód występowało na karku i następnie rozszerzało się na całą powierzchnię skóry. Prócz tego zabarwienia autor nigdy nie widział ubocznego jakiegoś szkodliwego wpływu na ustrój skutkiem dłuższego używania arsenu. Po przerwaniu dalszego podawania arsenu zabarwienie właściwe skóry utrzymywało się jeszcze do 4 tygodni, poczém przyskórek złuszczał się, a pod nim występowały nowe warstwy przyskórka prawidłowo zabarwionego. *(The medical Record* 28 listop. 1885).

Ω. **O szkodliwém działaniu kokainu na rogówkę podaje wiadomość** Bunge. W 3 przypadkach, w których przed operacyją zaćmy zapuszczono do oka 3% rozczynu tego leku, powstały takie nadżerki przybłonka, że musiano na razie zaniechać operacyi. Nadżerki te wyleczono wprawdzie już w ciągu kilku dni opaską uciskową, lecz przystąpiono już do operacyi bez poprzedniego znieczulenia kokainem. W jednym przypadku widział B. po kilkrotném zapuszczeniu kokainu zapalenie rogówki pęcherzykowe, które trwało pięć tygodni. Również w sześciu przypadkach zauważył autor po operacyi zaćmy zamglenia rogówki, które u jednéj 75 letniéj pacyjentki było tak silne, że zaledwie światło przypuszczało. I tę zmianę skłonnym jest autor przypisać szkodliwemu wpływowi kokainu. (*Allg. med. C. Ztg.* 1885 Nr. 100).

Ω W klinice prof. Wagnera w Peszcie stosowano w ostatnich czasach **Coffeinum natrio-salicylicum** u 12 chorych, podając najwyżéj po 0.20 *pro dosi*, 1.20 na dzień. Spostrzeżenia ogłoszone z tych badań przez Dra Bélę Székácsa, potwierdzają w zupełności zdanie wypowiedziane przez Riegla, że *Coffeinum natriosalicylicum* jest znakomitym środkiem, rywalizującym z naparstnicą, posiadającym przytém tę zaletę, że działa szybko i nie posiada wcale własności kumulatywnych. Podawano chorym jednym ciągiem po 10—12 grm. Z zaprzestaniem środka szybko i działanie jego ustaje.—*Coffeinum natrio-salicylicum* jest wskazaném we wszystkich tych przypadkach, w których wystąpiła niekompensata. Należy jednak rozpoczynać zawsze od małych dawek, bo u niektórych osób napotyka się idyjosynkrazyję. *(D. M. Zeitung* 1886, Nr. 2).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 2 grudnia 1885 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 24.

1. W dyskusyi nad nową metodą operowania wola zabiera głos kol. Obaliński nadmieniając, iż najlepszą zaletą metody kol.

Mikulicza jest właśnie okoliczność, o któréj on już wspomniał w swoim wykładzie, mianowicie, że inni chirurdzy rownocześnie wpadli na ten sam pomysł. Rzeczywiście, metoda ta jest wypływem loicznego myślenia, boć jeżeli wyjęcie jednéj części gruczołu miało chronić od groźnych następstw, to w razie konieczności wyjęcia całego gruczołu należało zostawić choć część jego, czyli wykonać resekcyję gruczołu, jak to nazwał kol. Mikulicz. Kol. O. również nie wiedząc o pomyśle tym, kilkakrotnie go już użył. Że sposób ten jednak od następstw niepomyślnych niezupełnie chroni, jakkolwiek przebieg ich może z tego powodu bywa łagodniejszy, niech zaświadczy następujący przez kol. O. operowany przypadek, który jeszcze i dla tego zasługuje na wzmiankę, że w jego przebiegu wystąpiły przypady jakby epileptyczne, bardzo podobne do tych, które koll. Mikulicz i Korczyński wspólnie postrzegali. M. K., 22 lat liczący, parobek, przybył d. 15 lutego 1885 r. na oddział chirurgiczny szpitala z prośbą, aby go uwolnić od wola, który od kilku lat coraz to bardziéj się rozrasta, a od roku stoi mu na przeszkodzie w zarobkowaniu, przeważnie z powodu duszności. Stwierdziwszy po każdéj stronie szyi guz wielkości pięści, kol. O. oświadczył choremu, że mu tylko po jednéj stronie operacyję wykona, z obawy przed następstwami, jakie obustronne wyłuszczenie pociągać za sobą zwykło. W dniu 20 lutego wyłuszczył kol. O. guz po stronie prawéj, poczém nastąpiły tylko nieznaczne przypady duszności, zaledwie dwa dni trwające, a gdy rana zagoiła się *per primam*, mógł pacyjent w 2 tygodnie późniéj opuścić szpital doznając w oddychaniu bardzo znacznéj ulgi. W 5 tygodni późniéj zgłasza się ten sam człowiek z prośbą, aby mu wyjąć guz i po drugiéj stronie, gdyż się spodziewa, że natenczas będzie zupełnie wolnym od cierpień, a od powziętego zamiaru nie dał się odwieźć żadnemi przedstawieniami. To téż postanowił kol. O. wyjąć mu guz z pozostawieniem kawałka jego w samym spodzie, a co wykonał 20 kwietnia 1885 r. Tym razem następstwa po operacyi były całkiem odmienne. Duszność już podczas operacyi okazała się bardzo znaczną a późniéj jeszcze zwiększyła się tak, że z powodu nader przykrego charczenia musiał być osobno trzymany. Piątego dnia po operacyi wystąpiły lekkie kurcze w podudziach, które się coraz to bardziéj zwiększały, aż wreszcie wystąpiły drgawki ogólne połączone z nieprzytomnością, toczeniem piany, nastrzykaniem spojówek, trwające godzinę a czasem i dłużéj, a powtarzające się co 24 a czasem i co 12 godzin. Wyraz twarzy głupkowaty, apetyt ogromny, źrenica lewa szersza od prawéj. W kilka tygodni późniéj napady te znacznie osłabły i rzadziéj występowały, lecz chrypka i duszność trwały daléj. W tym stanie opuścił pacyjent zakład w d. 28 maja, a w pięć miesięcy późniéj miał kol. O. wiadomość, że zupełnie wyzdrowiał. — Kol. Pieniążek wspomina, że porażenia jednostronne mięśni przez nerw krtaniowy dolny zaopatrywanych zdarzają się nieraz przy wolu, skutkiem ucisku na nerw rzeczony, podobnież przychodzą one po wyjęciu wola, skutkiem przecięcia lub naruszenia tego nerwu. Przypadem, którym się podobne porażenie zdradza, jest występujący bezgłos naprzemian z głosem tak zwanym fistułowym, zależnie od tego, czy chory stara się w tak zwanym regestrze piersiowym, czy fistułowym głos wydać. W pierwszym razie przy mierném wydłużeniu strun głosowych, gdy mięsień po stronie porażonéj przebiegający *(m. arytaenoideus)* jest zupełnie nienapięty, struna ta nie może wydawać drgań odpowiednich, a że z tegoż samego powodu jest miękką, podatną, przeto i prąd powietrza nachyla ją na bok, tworząc większą szparę, przez co i struna zdrowa dość silnych drgań nie wytworzy, czego wynikiem jest bezgłos. Gdy chory natomiast wydaje głos w regestrze fistułowym, wydłuża on za pomocą mm. obrączko-tarczykowych *ad maximum* swoje struny, przez co i porażona staje się napiętą a prąd powietrza przechodzącego już nie odchyli jéj tak łatwo na bok, wyrazem czego jest, iż struna zdrowa łacniejsze drgania wytworzyć może. Tém się tłumaczy w tych stanach głos fistułowy, który lubo słabszy dosyć bywa czystym. Gdy chory przez doświadczenie dojdzie do tego, że tylko w regestrze fistułowym głośno mówić może, używa stale tego głosu, faktem zaś jest, iż niektórzy chorzy w ten sposób nawet śpiewać mogą. Zawsze jednak nie będziemy stanu podobnego uważać za normalny, skoro w regestrze piersiowym bezgłos pozostaje. Kol. P. sądzi przeto, że przypadki, w których mimo trwania porażenia połowy krtani, głos prawidłowy miał się wyrobić, do téj tylko kategoryi zaliczyć musimy, gdyż przy zupełném porażeniu jednéj strony głosowéj głos prawidłowy absolutnie istniećby nie mógł. — Kol. Warschauer nadmienia, że nieraz w chorobie Basedowa wyższego stopnia następuje zejście śmiertelne przez porażenie serca, w takich przeto razach, nieczekając niepomyślnego zakończenia choroby, należałoby użyć zabiegu operacyjnego, rozumie się po rozważeniu wszystkich okoliczności. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w styczniu r. 1885.

Dur brzuszny szerzy się od września r. z.; w styczniu b. r. stwierdzono go w 76 miejscowościach a w 34 powiatach. Z 1646 leczonych chorych wyzdrowiało 908 czyli 55,2%, umarło 129 czyli 7.8%, pozostało w leczeniu 609 osób, podczas gdy z końcem grudnia 1885 tylko 293 osób pozostało. Najwięcéj był tyfus rozszerzony w powiecie rawskim, gdzie w 8miu miejscowościach lecz dość łagodnie wystąpił, największa śmiertelność zdarzyła się w jednéj gminie pow. łancuckiego, gdzie na 29 chorych prawie 25% zmarło, także w jednéj gminie pow. skałackiego 17%.

Dur plamisty także się wzmaga, lecz nieco powolniéj; z 288 chorych leczonych wyzdrowiało 128 albo 44·4%, umarło 22 albo 7,6%, pozostało w leczeniu 138 chorych (w grudniu 1885 tylko 41). Największa liczba chorych zdarzyła się w powiecie drohobyckim, w jednéj gminie 60 chorych, potém w pow. brzeżańskim w dwu gminach 62 chorych.

Dur powrotny panuje i nadal tylko w jednym powiecie jaworowskim. W trzech gminach leczono 86 chorych, z tych wyzdrowiało 38 czyli 44,2%, umarło 6 czyli 7%, pozostało w leczeniu 42 chorych w dwu gminach.

Epidemija szkarlatyny dosięgła w grudniu 1885 swego szczytu, w styczniu 1886 stwierdzono tę chorobę jeszcze w 63 miejscowościach a w 28 powiatach: najwięcéj rozszerzoną była w powiecie borszczowskim (6 gmin) w gródeckim i sanockim (po 5 gmin). Z 1656 chorych leczonych wyzdrowiało 1047 czyli 63.2%, umarło 165 albo 10%, pozostało w leczeniu 444 (w grudniu 1885: 501). Największa ilość chorych była w powiecie myślenickim.

Dyfteryję stwierdzono w 11 miejscowościach a w 8miu powiatach, z 149 chorych leczonych wyzdrowiało 81 czyli 54,3%, umarło 61 albo 40,9%, pozostało zaś tylko 7 chorych w 3 gminach. Największa ilość przypadków śmierci (21) zdarzyła się w powiecie kołomyjskim w Peczeniżynie, gdzie zdaje się błonica nie wygasać, największy zaś procent śmiertelności zdarzył się w jednéj gminie powiatu husiatyńskiego, gdzie na 12 chorych 9ciu umarło.

Czerwonkę sprawdzono tylko w jednéj gminie.

Odra wzmaga się, w styczniu stwierdzono ją w 87 miejscowościach w 28 powiatach. Z 4218 leczonych chorych wyzdrowiało 2672 czyli 63,3%, umarło 218 czyli 5,2%, pozostało w leczeniu 1328 chorych. Śmiertelność, która w grudniu r. 1885 była 10·2%, spadła obecnie do połowy. Najwięcéj rozszerzoną była odra w powiecie brodzkim, tarnobrzeskim, bocheńskim i dąbrowskim, w którymto ostatnim powiecie w ciągu stycznia zupełnie wygasła.

Na krztusiec leczono 1184 chorych, z tych wyzdrowiało 636 osób czyli 53,7%, umarło 52 albo 4,4%, pozostało w leczeniu 496 osób.

Ospa znacznie rozszerzyła się, tak iż liczba ospowych chorych leczonych w styczniu jest niemal dwa razy tak wielką jak w grudniu 1885, a mianowicie rozszerzyła się ospa w powiecie nowotarskim, rawskim, sokalskim i żywieckim. W ogóle panowała ospa w styczniu w 66 miejscowościach Z 1043 leczonych chorych wyzdrowiało 556 czyli z tego 427 (40,9%) szczepionych a 129 (12,3%) nieszczepionych, umarło 112 osób z tego było 45 (4,3%) szczepionych a 67 (6·4%) nieszczepionych. Z szczepionych wyzdrowiało zatém 58·3%, umarło zaś 6·1%, z liczby nieszczepionych wyzdrowiało 41,6%, umarło 21·6%. Z końcem stycznia br. pozostało w leczeniu 261 szczepionych a 114 nieszczepionych.

Lwów d. 19 lutego 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców

30,4. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Z gruźlicy umarło 8 (7 z. t.); z zapalenia płuc 3 (7 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 1 błonicy, 1 duru osutkowego z Podgórza. W tygodniu od 31 stycznia do 6 lutego umarło z ospy: w Warszawie i Odesie po 1, w Budapeszcie 12, w Pradze 2, w Wiedniu 9, w Rzymie 12, w Wenecyi i Paryżu po 6. Z duru osutkowego umarło: w Londynie i Rzymie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 7. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 12, w Petersburgu 19, w Paryżu 20, w Londynie 10. Z odry umarło: w Budapeszcie 25, w Paryżu 14, w Londynie 41, w Petersburgu 19, w Rzymie 15. Z płonicy umarło w Petersburgu 22. Z błonicy umarło w Warszawie 10, w Berlinie 35, w Dreźnie 11, w Wiedniu 16, w Rzymie 13, w Paryżu 31, w Londynie 27, w Chrystyjanii 10, w Petersburgu 14 Z krztuśca umarło w Londynie 121. Na cholerę zapadło w Tarifie (w Hiszpanii) od 23—26 stycznia 42, umarło 17; w Donarnenez (we Francyi) zapadło od 22 —29 stycznia 76, umarło 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 stycznia do 6 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,2; w Brodach 35,3; w Drohobyczu 30,4; w Kołomyi 37,2; w Przemyślu 42,5; w Stanisławowie 27,9; w Tarnopolu 36,6; w Tarnowie 34,1; w Czerniowcach 28,6; w Warszawie 27,1; w Poznaniu 23,7; w Pradze 31,0; w Budapeszcie 30,0; w Wiedniu 27,3; w Salcburgu 25,0; w Gracu 33,6; w Lublanie 35,3; w Insbruku 30,1; w Bernie 36,0; w Berlinie 27,7; w Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Bazylei 26,6; w Brukseli 22,8; w Chrystyjanii 21,5; w Genewie 23,8; w Kopenhadze 18,3; w Londynie 22,4; w Odesie 32,1; w Paryżu 26,3; w Petersburgu 33,2; w Rzymie 40,8; w Stokholmie 24,1; w Tryjeście 27,0; w Wenecyi 33,0; w Zurychu 23,4.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 24 lutego. Dzienniki polityczne wiedeńskie od dni kilku zajmują się żywo t. zw. sprawą znaimską, a względnie orzeczeniem Wydziału lek. wiedeńskiego, wydaném w tej sprawie. Niejaki Herzog, handlarz koni, wystąpił był ze skargą przeciw Luzowi, naczelnikowi gminy w Morawii, ze skargą o uszkodzenie cielesne; według orzeczenia kilku lekarzy Herzog poniósł złamanie 2 żeber i w skutek tego orzeczenia Luz uznany został winnym ciężkiego uszkodzenia cielesnego. Skazany żądał atoli wznowienia procesu z powodu, że dowiedział się, iż Herzog już przed paru laty doznał był złamania żeber, że więc w zawiści ku Luzowi udając świeże złamanie i korzystając z łatwowierności lekarzy posądził swego przeciwnika o zbrodnię. Wydział lekarski w Wiedniu mając sobie przesłane akta śledcze orzekł, że złamanie w rzeczy samej było dawném, w skutek czego Luz został uwolniony a natomiast Herzog i jego świadek Weininger pociągnięci zostali do odpowiedzialności, a na mocy werdyktu przysięgłych uznani winnymi oszustwa i skazani na kilkoletnie ciężkie więzienie. Śród rozprawy, która się odbyła przed kilku dniami w Znaimie, obrońcy w sposób namiętny i obelżywy krytykowali orzeczenie Wydziału, odmawiając nawet referentowi tej sprawy w Wydziale, prof. Kundratowi, kompetencyi do orzekania, twierdząc nadto, że niemiał prawa li na podstawie aktów zadania kłamu orzeczeniu kilku lekarzy, opartemu na własném badaniu. Dzienniki, w miarę barwy swojej, omawiały sprawę w sposób rozmaity, dając do zrozumienia, że Wydział może postąpił sobie bez należytej rozwagi. W skutek rozgłosu, jakiego dostąpiła ta kwestyja, Wydział lekarski na posiedzeniu swém, odbytém d. 20 bm., uchwalił, a dziekan uchwałę tę ogłosił we wszystkich dziennikach, że w swoim czasie przystąpi do ogłoszenia orzeczenia razem z wyciągiem z aktów. Jak donosi *W. allg. med. Ztg.* na posiedzeniu tém prof. Meynert oświadczył, iż pewien członek Wydziału poparł obrońców w czynnościach ich skierowanych przeciw orzeczeniu Wydziału, że zastrzega sobie prawo uczynienia wniosku o zarządzenie dochodzenia dyscyplinarnego przeciw temu członkowi i wykluczenie go z Wydziału; na co prof. Benedikt odparł, że on jest tym członkiem, którego Meynert oskarżał, że jednak czynność jego ograniczyła się do odesłania obrońców do prof. Alberta po informacyje przeciw autorowi orzeczenia. Prof. Albert podaje, że istotnie odwiedził go obrońca, któremu atoli oświadczył, że przekonany jest o winie obżałowanych i że gotów jest stwierdzić pod przysięgą, że rzecz się ma tak, jak orzeczenie przedstawia; prof. Hofmann również zgadza się z orzeczeniem, znając akta dokładnie.

Wypada więc czekać, aż akta te zostaną ogłoszone; w każdym razie atoli sprawa ta budzi pewien niesmak ze względu na stosunki istniejące w Wydziale, jeżeli rzecz istotnie ma się tak, jak prof. Meynert ją przedstawił.

* **Lwów**. W d. 20 lutego r. b. Drowie Schramm i Barącz otworzyli prywatny zakład leczniczy, koncesyjonowany przez c. k. Namiestnictwo. Zakład ten przeznaczony dla chorych wszelkiej kategoryi z wyjątkiem cierpiących na choroby umysłowe i zaraźliwe, posiada salę operacyjną zaopatrzoną we wszelkie przybory i narzędzia według wymagań nowoczesnej chirurgii. Nie wątpimy, że zakład ten znajdzie powodzenie; rękojmią bowiem najlepszą są nazwiska właścicieli i kierowników, a głównie Dra Hilarego Schramma, b. asystenta prof. Mikulicza i znanego z licznych prac naukowych, a który w roku przeszłym, zanim powziął myśl przeniesienia się do Lwowa, odbył ze znakomitym skutkiem wszystkie akty habilitacyjne, nadające *veniam docendi* z chirurgii.

Dnia 1go marca br. rozpoczyna Dr. J. Szpilman drugi kurs bakteryjologiczny w pracowni epidemijologicznej (nowy gmach c. k. Namiestnictwa we Lwowie). Koledzy, którzy chcą wziąć udział w tym kursie, raczą się zgłosić w poniedziałek o godzinie między 5—6 popołudniu, koledzy zaś z prowincyi zechcą się porozumieć z Wnym protomedykiem Drem Biesiadeckim. Informacyi udziela także Dr. Szpilman. Lwów, ulica na Rurach, l. 31.

○ Dnia 1 października 1886 ma się odbyć w Biarritz międzynarodowy Zjazd hydrologiczny i klimatologiczny.

○ Przy ostatniém rozdaniu nagród w paryskiej Akademii Umiejętności przyznano nagrodę Montyona 2,500 franków Girardowi, dyrektorowi miejskiego laboratoryjum, za jego prace nad fałszowaniem pokarmów *(The Lancet)*.

* **Wiedeń**. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. wyznaczono komisyję, złożoną z proff. Billrotha, Alberta i Dittla, który po przybraniu docentów dentystyki Schaffa starszego i Steinbergera ma przedłożyć wniosek względem utworzenia szkoły dla dentystów w połączeniu z Wydziałem pozostać mającej.

W radzie miejskiej radny Dr. Kernecker uczynił wniosek, aby ulicę Höfera w dzielnicy IX. na której mieszkał prof. Hebra, nazwano ulicą Hebry.

* **Berlin**. Prof. Liman podał się do dymisyi jako fizyk miejski; obecnie zamierzają utworzyć posady dla 4 fizyków stolicy.

* **Niemcy**. Członkami nadzwyczajnymi ces. niem. Urzędu zdrowia mianowani zostali na 3 lata: Drowie Kersandt, Lewin, Schütz, Pistor i Schweninger z Berlina, Bockendahl z Kielu, Jaffé w Królewcu, Zinn w Eberswalde, Varrentrapp w Frankfurcie n./M., Graf w Elbersfeldzie, Lent w Kolonii, Kerschensteiner, Pettenkoffer w Monachijum, Günther, Reinhard, Siedamgrotzky w Dreznie, Koch w Stutgardzie, Bottlehner i Lydtin w Karlsruhe, Pfeiffer w Darmstadzie, Brunnengraeber w Rostoku, Reinhard w Jenie i Kraus w Hamburgu.

* **Paryż**. D. 7 bm. odsłonięto w Collége de France pomnik Klaudyjusza Bernarda; podczas uroczystości przemówili Paweł Bert (obecny gubernator Tonkinu), Berthelot, Chauveau i Renan.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Edymburg**. Dr. Brook zamianowany został prof. embryjologii porównawczej a Dr. Romanes prof. filozofii nauk przyrodniczych.

* **Mianowania**. Pan Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi 1éj kl. lekarzy powiat. 2 kl. Drów Leona Machalskiego w Tarnobrzegu, Błażeja Kijasa w Mielcu i Bartłomieja Wrońskiego w Gorlicach; lekarzami powiat. 2éj kl. asystentów sanitarnych Drów: Teodora Pawlasa w Chrzanowie, Wincentego Nycza w Bohorodczanach i Władysława Czyżewicza w Myślenicach; asystentami zaś sanitarnymi Drów: Tytusa Wasylewskiego w Podhajcach, Jacka Jabłońskiego w Lubaczowie i Mieczysława Hirschlera w Tłustém.

Przeniósł zaś lekarzy powiatowych Drów: Antoniego Pietrzyckiego do Brodów, Mieczysława Marynowskiego do

Jarosławia, Kajetana Wolańskiego do Złoczowa, Klemensa Knihynieckiego do Myślenic, Adolfa Wursta do Kałusza, Wincentego Nycza do Liska, Wład. Czyżewicza do Dąbrowy, asystenta Dr. Apol. Tarnawskiego do Kossowa i przeznaczył Drów Wasylewskiego dla Niska, Jabłońskiego dla Cieszanowa a Hirschlera dla Bohorodczan.

* **Nekrologija.** W Kałuszu umarł Fryd. Dzikowski, em. lekarz powiatowy i salinarny, członek Tow. lek galic. w 63 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 8: Rumszewicza: Kilka przypadków prawidłowego wzroku przy wziernikowych zmianach zanikowych w tarczy n. wzrokowego. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Nenckiego i Sieberowéj: O kryształach żylnéj hemoglobiny; Zawadzkiego: Przypadek zakażenia krwi spowodowanego wyrwaniem zęba; Stypińskiego: Przepuklina sznurka pępkowego. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 2: Krówczyńskiego: O wpływie gimnastyki na narząd trawienia. —

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. KADLER: Lecznice warszawskie. Warszawa 1886, in 8vo str. 25.

Sprawozdanie z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok III, 1884. Warszawa 1886. Cena rs. 1, in 8vo str. 294.

Dr. A. BAGINSKY: Wykład chorób dzieci. Przekład z wydniem. z r. 1883 dokonany przez Dra W. Kosmowskiego. Tom I. Warszawa 1886, in 8vo.

Dr. P. SEIFMANN: Streszczenie wiadomości o wynikach wszczepienia zarodka wścieklizny, otrzymanych przez Pasteura, in 8vo str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie. MEURER C., Ueb. Krankheiten der Circulationsorganc bei Glaukom. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 2.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 marca o godzinie 6téj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Pieniążek mówić będzie o postępowaniu przy zwężeniach następowych po tracheotomii w przebiegu krupu, poczém 2) kol. Obaliński przedstawi chorą wyleczoną po wyłuszczeniu odnogi górnéj wraz z łopatką, wykonaném w szpitalu św. Łazarza, wreszcie 3) zda sprawę komisyja z wniosków koll. Korczyńskiego i Gluzińskiego.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Upraszamy Panów prenumeratorów składających przedpłatę w Ekspedycyjach pocztowych lub księgarniach, aby w razie niedojścia pojedyńczych Nrów udawali się z reklamacyjami tam, gdzie przedpłatę składają. Administracyja takich reklamacyj uwzględniać nie może, nie posiadając wykazów prenumerujących przez Ekspedycyje pocztowe lub księgarnie, te bowiem uwiadamiają Administracyję tylko ogólnie o liczbie egzemplarzy, któréj potrzebują.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 6 marca 1886. № 10. Rok XXV.

I. Przyczynek do operacyj plastycznych wykonywanych w celu podniesienia zapadniętego nosa.

Podał prof. Dr. A. Obaliński.

Nie trzeba być próżną i o piękność twarzy i kształtów ciała dbałą kobietą, aby przyznać słuszność słowom słynnego fizyjognomisty szwajcarskiego Lavatera, który pisząc o nosie wyrzekł, że „ładny nos wart jest królestwa“, a najlepiéj uczuć się daje prawda tych słów w razie zniekształcenia nosa, które, chociaż w mniejszym stopniu, większe sprowadza oszpecenie twarzy, niż nawet całkowita utrata innéj składowéj części téjże.

To téż od najdawniejszych czasów starali się chirurgowie czynnie występować przeciw tym oszpeceniom, a nawet zdaje się być do prawdy podobném, że usiłowania te dały w ogóle początek do powstania tak zwanéj „chirurgii plastycznéj“, która tak świetnie rozwinęła się, że rozpatrując się w dziełach Tagliacozzy, Richeranda, Szymanowskiego, Graefego i Diffenbacha, osobliwie zaś tego ostatniego, nabrać musimy przekonania, iż prawie wszystko, co po nich w tym kierunku było zrobioném, dotyczy tylko mniéj lub więcéj doniosłych ulepszeń w metodach już przez nich znanych i wykonywanych.

Wcale niepośledni rozdział tego przedmiotu tworzy rzecz o leczeniu chirurgicznėm nosa zapadniętego w następstwie wyropienia jego rusztowania w przebiegu miejscowych spraw zołzowych, syfilitycznych lub tp.

Nos zapada się albo tylko u saméj podstawy, jeżeli zropienie dotknęło samego rusztowania kostnego, a więc kości nosowych samych lub razem z wyrostkami nosowemi szczęki górnéj i kością lemieszową, z niemi się stykającemi, czego wynikiem bywa ów znany typowy nos siodłowaty; albo w całości, jeżeli równocześnie uległa zniszczeniu i przegroda chrzęstna; albo nakoniec tylko w dolnéj swéj połowie (t. j. koniec nosa i obydwa skrzydła), jeżeli zropienie ograniczyło się wyłącznie tylko do rusztowania chrzęstnego.

Stosownie do tych postrzeganych zboczeń wyrobiły się następujące główne metody operacyjne:

1. Metoda Dieffenbacha polegająca na podpreparowaniu płatów bocznych i zsunięciu tychże od policzków ku środkowi przez głębokie szwy szpilkowe zbliżające policzki ku sobie, przyczém jednak podstawa kostna, jakkolwiek zapadnięta, musiała być utrzymaną. W razie braku téjże nakładał Dieffenbach na wierzch płat skórny wzięty z czoła (*Aufpflanzung*).

2. Również przez poprzedniego autora podana metoda podniesienia nosa przez wgojenie wewnętrzne płatu czołowego (*Unterpflanzung*).

3. Metoda Thierscha wynikła z modyfikacyi pierwszéj metody a polegająca na tém, że najprzód tworzy się z resztek nosa rusztowanie przez utworzenie dwóch bocznych płatów, których ku sobie zwrócone powierzchnie po zeskrobaniu przyskórni ze sobą się zespaja a następnie na tak otrzymaném rusztowaniu nos właściwy z płatu czołowego wytworzony przygaja.

4. Modyfikacyja drugiéj metody podana przez Bardelebena, w któréj płat czołowy wraz z okostną wgaja się pod płatami nosowemi bocznemi przeginając go po prostu ku dołowi bez skręcenia, tak że powierzchnia skórna patrzy ku tyłowi a ranna ku przodowi.

5. Metoda B. Langenbecka i Olliera naśladując w jednéj części tylko poprzednie metody o ile wgaja się płat paskowy z czoła wzięty pomiędzy płaty boczne z resztek nosa utworzone, zasługuje w drugiéj swéj ważniejszéj części na miano nowéj metody, gdyż tu wytwarzamy zupełnie w oryginalny sposób przez częściową resekcyję kości i wyrostków nosowych nowe rusztowanie kostne, na którém nowo wytworzony nos ma znaleźć podporę.

6. W końcu nie mogę pominąć metody ortopedycznéj, którą z przemijającym skutkiem próbowali Klein, Rust, Dieffenbach i Gałęzowski (senior) usiłując wgoić w jamie nosowéj rusztowanie złote lub ołowiane a to tém

bardziéj, że metoda ta doznała znacznego ulepszenia przez Leisrinka (*Centralblatt f. Chir.*, 1877, Nr. 17), któremu udało się wgoić leciuchne rusztowanie, z bursztynu wyrobione, a jeszcze bardziéj przez Mikulicza (*Gazeta Lekarska*, 1883, str. 429 i 453), który ją zamienił na istotnie ortopedyczną, wykonywając nacięcia blizn tylko podskórnie i przyuczając samych pacyjentów do wprowadzania sobie podpory. Ta ostatnia metoda użyć się daje tylko w przypadkach nosa siodłowatego i to pod warunkiem dobrego utrzymania jego powłok zewnętrznych.

Z poglądu tego wynika, że dosyć mamy metod do wyboru tam, gdzie rozchodzi się o zniesienie oszpecenia skutkiem zapadnięcia się rusztowania kostnego lub téż tegoż wraz z chrzęstném; inaczéj ma się rzecz, gdy stoimy w obec zapadnięcia wywołanego zropieniem saméj tylko chrzęstnéj części rusztowania, przyczém koniec nosa wraz ze skrzydłami zapada się w jamę nosową, gdy korzeń nosa pozostaje w prawidłowym stanie. Dieffenbach (l. c.) tylko pobieżnie rzecz tę traktuje pisząc, że w tych razach wystarcza wewnętrzne blizny, które koniec nosa i skrzydła jego ku jamie nosowéj wciągają, małym nożykiem od strony téj ostatniéj wprowadzonym przecinać i obydwa otwory nosowe skubanką wytamponować. Gdy jednakże najmniejszéj nie ulega kwestyi, że postępowanie takie na razie tylko pomaga w obec powracających po pewnym czasie blizn, gdy nadto u późniejszych autorów nigdzie nie znalazłem postępowania pewniejszy skutek w takich razach zabezpieczającego, nie wiedziałem jak sobie począć w przypadku, który mi się przedstawił z końcem przeszłego roku i dopiero pewna okoliczność naprowadziła mnie na zastosowanie nowego postępowania, które niniejszém szanownym kolegom do oceny przedkładam.

U szesnastoletnéj z Tarnopola przybyłéj żydóweczki R. K., która przez blisko pół roku cierpiała na ropienie w obu przewodach nosowych najprawdopodobniéj skutkiem odziedziczonéj sprawy syfilitycznéj, spostrzegłem, że tylko dolna połowa nosa odpowiadająca jego chrzęstnemu rusztowaniu zapadła się i to tak, że obydwa skrzydła nosowe okazywały podłużne dosyć głębokie i w jamę nosową wciągnięte rowki, które zapadniętą dolną część nosa dzieliły na trzy gałeczkowate wyrostki zatykające prawie zupełnie obydwa otwory nosowe. Nadto widocznym był w górnym końcu prawego rowka otwór wielkości grochu drążący do jamy nosowéj. Górna część nosa odpowiadająca rusztowaniu kostnemu zupełnie prawidłowa. Stosunki te uwydatnia lepiéj niż wszelki opis załączona tu rycina (I).

Zanim się zdecydowałem na wybór metody, za pomocą któréj zapadnięta część nosa miała być podniesioną, postanowiłem przedewszystkiém ów otwór w prawém skrzydle plastycznie załatać a zabierając się do téj czynności nabrałem przy bliższém zbadaniu skrzydeł przekonania, że tu żadna ze znanych metod nie da się użyć już to z powodu bliznowatych zmian w skrzydłach, jużtéż z powodu zapadnięcia samego końca nosa.

Natomiast przyszło mi na myśl, że płat wykrojony z policzka w celu pokrycia otworu mógłby również dobrze być użytym po wycięciu rowka do zastąpienia zbliznowaciałéj istoty zdrową a równocześnie jako podpora powstrzymująca powtórne zapadnięcie nosa.

W dniu 14 grudnia wyciąłem cały prawy rowek wraz z otworkiem a ztąd poprowadziłem cięcia w policzek celem otrzymania podłużnego czworobocznego na 2cm. długiego a na 1cm. szerokiego płata, którego kierunek w pierwszéj rycinie odznaczyłem a po uwolnieniu skrzydła całego przez nacięcie blizn je przytrzymujących wszyłem płat ów pomiędzy brzegi ranne skrzydła otrzymane po wycięciu rowka. Rana na policzku dała się zupełnie ściągnąć a kształt nosa po prawéj stronie nie pozostawiał nic do życzenia.


I.

Dodać winienem, że po wycięciu rowka i uwolnieniu skrzydła mogłem dopiero w głąb jamy nosowéj zajrzeć wydobywszy poprzód wielką ilość zeschniętego śluzu, przyczém stwierdziłem zupełny brak chrzęstnéj przegrody nosowéj. W dwa tygodnie późniéj wykonałem tę samą operacyję po stronie lewéj a gdy i tutaj płat się przygoił pozostał nos w położeniu prawidłowém ku zupełnemu mojemu a co ważniejsza i pacyjentki zadowoleniu, bo jakkolwiek kształt jego niekoniecznie odpowiadał wymaganiom estetyki, to w każdym razie usuwał przykre oszpecenie o czém przekonywa wierna podobizna z natury wykonana (II).


II.

Jednéj tylko nie mogę pominąć uwagi, mianowicie, że obecnie w kilka tygodni po operacyi nos wydaje się nieco mniéj kształtnym niż bezpośrednio po niéj, a to dla tego, że po wygojeniu płaty się nieco skurczyły, z czego wynika nauka na przyszłość, żeby skóry na płaty nie żałować i zrobić je szerszemi, niżby się to zrazu potrzebném zdawało; choćby bowiem tuż po operacyi nos przez to wydawał się niezgrabnym, nabierze on za to należytego kształtu po przygojeniu się płatów i tém pewniéj zabezpieczymy operowanego od możebności nowego przykurczenia się blizny a w następstwie i zapadnięcia nosa.

II. O szparze środkowéj oka.

Podał Dr. Konrad Rumszewicz,
okulista okręgowy w Kijowie.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

W przypadku Van Duysea *(Annales d'oculistique* T. XCL, Janv-Févr. 1884) (1884), dotknięte wadą prawe oko niedowidziało; nieznaczna zezowatość zbieżna. Dokoła tarczy (ku wewnątrz, ku górze i ku zewnątrz) znajdował się szeroki pierścień białkówkowy, w środku zaś jéj głębokie zagłębienie. Początek naczyń siatkówki, w skroniowéj połowie tarczy położony, przykrywały włókna nerwowe, posiadające pochewki rdzenne a skierowane ku plamie żółtéj. Szpara plamy żółtéj przedstawiała się w postaci trójkąta, którego wierzchołek nieregularny zwrócony był ku tarczy i odległy od téjże o 2 średnice. Podstawa trójkąta równała się 3 średn., wysokość $1^3/_4$, dokoła otaczało go niecałkowite pasemko barwikowe. Obwodowe części plamy miały barwę białawo-żółtą, bardziéj zagłębiony środek był zabarwiony, lecz niejednostajnie, więcéj ku zewnątrz i wewnątrz. Zagłębienie w części zewnętrznéj wskazywało niedomiarowość 1—1,5D, w środkowéj części (w skroniowéj połowie) 4D, badanie zaś skroniowéj okolicy siatkówki w pobliżu tarczy wskazywało refrakcyję miarową. W obrębie szpary znajdowały się rozgałęzienia naczyń (siatkówkowych przeważnie dolnéj skroniowéj żyły i tętnicy), natomiast nie spostrzeżono wcale tylnych naczyń rzęskowych, nosową częścią siatkówki, przy wpatrywaniu się oboczném, oko odróżniało Nr. 6 Snellena. Skroniowa część siatkówki była zupełnie niesprawną, część wewnętrzna ku wewnątrz i ku górze zupełnie była prawidłową. W środku pola widzenia względna przerwa, w kształcie trójkąta, którego kąt tępy oddalony był ku zewnątrz o 15°, ku wewnątrz (w kierunku średnicy poziomej) o 20°, w pionowym ku górze o 60°, ku dołowi o 17°, drugi zaś ostry kąt przerwy posunięty był o 50° w kierunku południka, położonego na prawo od pionowego o 45°. Lewe oko było zupełnie prawidłowe.

Z powodu tego przypadku Ed. Meyer *(Revue générale d'Ophthalmologie* t. III, str. 155), opisał następujący przypadek: W lewém oku krótkowidzącém, 2,25D, V=1, granice pola widzenia prawidłowe, w górnéj i wewnętrznéj części tegoż przerwa (pionowa średnica 1,5, pozioma 4 cm.). Prawe oko liczy palce na odległość 50 cm.; rozległa przerwa, obejmująca całą wewnętrzną połowę pola widzenia a w części nawet zewnętrzną. W prawém oku w okolicy plamy żółtéj, w lewém ku zewnątrz od téjże, widoczne były plamy jajowate, w kierunku poziomym, barwy błękitnawéj, wyraźnie zarysowane, miejscami barwik zawierające. Lewa równała się $^1/_3$ średnicy tarczy, prawa była w dwójnasób większą. W obrębie plam widoczne naczynia naczyniówkowe, ku środkowi stopniowo zagłębione. Przypadek ten poprzednio widzieli Graefe i Dor, Ed. Meyer zaś po upływie 15 lat żadnych zgoła zmian nie znalazł.

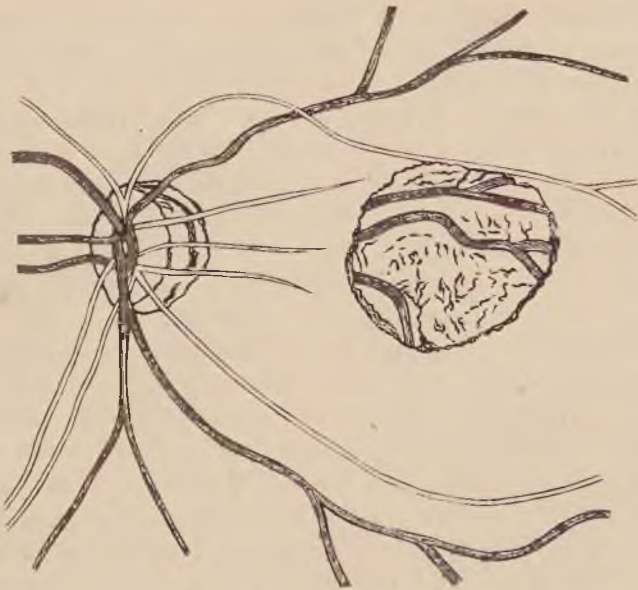
Remak podał następujący przypadek *(Centralblatt f. prakt. Augenheilk.* 1884, September). W prawém oku tarcza w kształcie pionowego owalu posiada ku zewnątrz sierp, otoczony pasemkiem barwikowém; kierunek naczyń siatkówki prawidłowy. O 2 średnice tarczy, w okolicy plamy żółtéj, znajduje się plama barwy miejscami białawo-żółtéj, pionowa jéj średnica = 2, pozioma = 3 średnicom tarczy (w obrębie tarczy niedomiarowość 1D, w wewnętrznéj części szpary 4D); zagłębienie około 1 mm. Dokoła plamy pasemko barwikowe, od którego kierują się ku niéj pasemka, tworząc jakby krzyż, nadto w skroniowéj części plamy znajdowały się dość gęste plamki barwikowe. W obrębie plamy widocznych było 5—6 naczyń naczyniówkowych lub białkówkowych, których ciąg dalszy udało się odnaleźć w niewielu miejscach jako prawidłowych naczyń naczyniówki (przybłonek siatkówki zawierał niewiele barwika). Dość znaczna gałąź górnéj tętnicy tarczowéj przecinała szparę na pograniczu jéj górnéj i środkowéj trzeciéj części, gałąź zaś dolnéj skroniowéj tętnicy przecinała dolny brzeg. Chory odróżniał palce na 12'. W polu widzenia R. znalazł „ścieśnienie obwodowe" i zupełną przerwę środkową, ku górze i ku wewnątrz 10°, ku zewnątrz i ku dołowi 5° i 8° wynoszącą. W lewém oku krótkowidzącém sierp zanikowy ku zewnątrz, bystrość wzroku i pole widzenia prawidłowe.

W drugim przypadku Ed. Meyera *(Revue générale d'ophthalmologie* IV, 4.) (1885) u dziecka 8-letniego prawe oko zupełnie było prawidłowe, lewe liczyło palce na 2 metry, granice pola widzenia prawidłowe, w środku zaś miejsce ślepe na barwy (22° w kierunku poziomym i 14° w pionowym). Rozległa plama w okolicy plamy żółtéj, w postaci owalu, w kierunku ukośnym położonego, odległego od tarczy o $1^1/_2$ średnicy, długość pozioméj średnicy=$3^1/_2$—4, pionowéj około 2 średnic. Z wyjątkiem brzegu skroniowego otaczało szparę dokoła pasemko barwikowe, nadto na żółtawém lśniącém tle szpary barwik tworzył liczne plamy i pasemka, natomiast w obrębie jéj brak był zupełny naczyń zarówno siatkówkowych jakotéż i naczyniówkowych.

Sam widziałem dwa przypadki wady.

I. M. S.. 24-letni (Przypadek ten opisałem niedawno w *Revue générale d'ophthalmologie* T. IV Nr. 4) (1885) na oczy nigdy nie cierpiał, skarży się, iż od urodzenia źle widzi okiem prawém. W lewém oku niedomiarowość 5 D, z odpowiednią soczewką V=$^{20}/_{20}$, pole widzenia prawidłowe; obok tarczy ku zewnątrz wyraźnie zakreślony sierp zanikowy, którego największa szerokość równa się $^3/_4$ średnicy tarczy.

W prawém oku (rys. 1) tarcza cokolwiek przedłużona w kierunku pionowym, ku zewnątrz znajduje się sierp, którego największa szerokość równa się $^1/_2$ średnicy tarczy. Od tarczy sierp oddziela się wyraźnie pasemkiem barwikowém również od dna oka, równolegle zaś z tém pasemkiem spostrzegamy jeszcze jedno w obrębie sierpa, które go na dwie nierówne części dzieli: zewnętrzną mniejszą i wewnętrzną większą bardziéj zagłębioną, jak to wyraźnie wskazuje kierunek przechodzących przez sierp naczyń plamy żółtéj. Naczynia siatkówkowe biorą początek w środku tarczy; godném jest uwagi, iż górna tętnica tarczowa jeszcze w obrębie nerwu wzrokowego dzieli się na trzy grube gałęzie, z których dwie rozgałęziają się w nosowéj połowie siatkówki, daléj iż tętnice dla plamy żółtéj (w liczbie 3) wcale nie mają odpowiednich

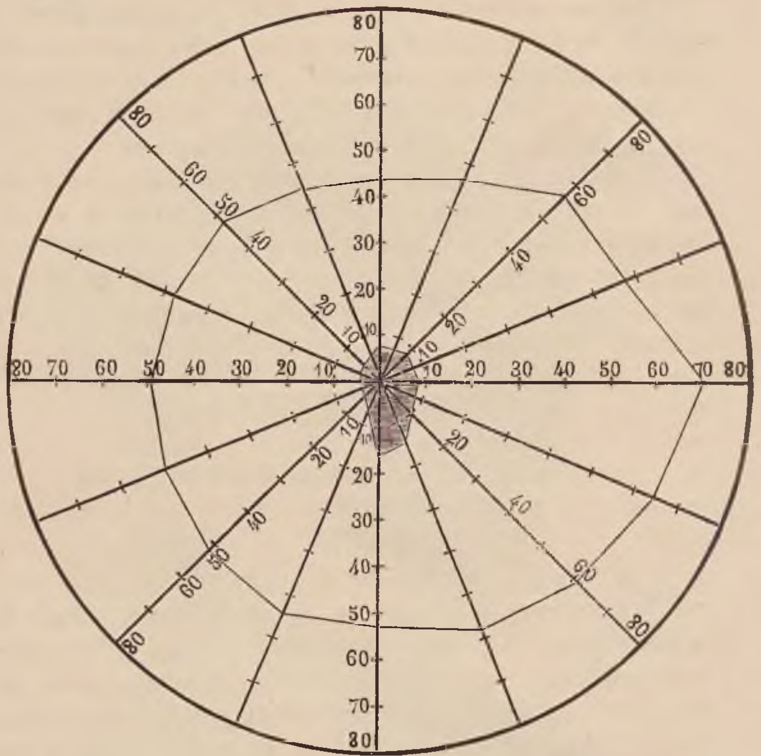


żył. W odległości $2\frac{1}{2}$ średnicy tarczy ku zewnątrz i cokolwiek ku dołowi od téjże spostrzegamy plamę, w kształcie nieprawidłowego owalu, którego najdłuższa średnica = $2\frac{1}{2}$ poprzeczn. średn. tarczy. Plamę otacza pasemko barwikowe najgrubsze w połowie skroniowéj; ku górze, ku wewnątrz i ku dołowi udają się również pasemka barwikowe ku saméj plamie. Barwa plamy lśniąca żółtawo-biała, tu i owdzie znajdują się plamki barwikowe. W dolnéj połowie plamy spostrzegamy dwa naczynia do naczyniówki lub białkówki należące, które w pobliżu brzegu skroniowego plamy dzielą się dwudzielnie; nadto w górnym i wewnętrznym wycinku znajduje się jeszcze łuk naczyniowy. Naczynia te są widoczne tylko w obrębie plamy, nie mogłem widzieć ich przejścia w naczynia naczyniówki, prawdopodobnie z powodu iż prócz okolicy szpary, przybłonek siatkówki wszędzie zawieral bardzo znaczną ilość barwika.

Badanie naczyń w obrębie tarczy położonych wskazało niedomiarowość = 5 D, badanie zaś środka górnego naczynia znajdującego się w dolnéj połowie plamy dowiodło już niedomiarowości = 9 D, zresztą obwodowe części plamy o wiele mniéj były zagłębione. Grubsze naczynia siatkówki dość znacznie są odległe nietylko od saméj plamy, lecz nawet od otaczających ją części siatkówki, tylko dolna skroniowa tętnica przytyka do dolnego brzegu plamy.

Za pomocą obwodowych części siatkówki, chory odróżnia palce w odległości kilku stóp, w środku zaś pola znajdujemy zupełną przerwę ku górze 10°, ku dołowi 17°, ku wewnątrz 4°, jeśli zaś porównamy wielkość przerwy z wielkością saméj plamy, łatwo przekonamy się, iż niesprawną jest stosunkowo tylko nieznaczna część siatkówki w obrębie plamy położonéj (Pole widzenia podałem na rys. 2). Zjawiska podobne znamy i dla szpar dolnego wycinka naczyniówki, w których obrębie siatkówka może być sprawną a pierwociny jéj znajdowano przy badaniach anatomicznych (Schmidt-Rimpler, Talko, Arlt, Manz i Haab; w przypadku zaś szpary wycinka dolnego, opisanym przez Pausego, wada polegała tylko na braku barwika w przybłonku siatkówki).

Tak więc w danym przypadku w obrębie plamy wypada nam przyznać 1) niezupełny brak siatkówki, 2) zupełny lub prawie zupełny brak naczyniówki, z któréj pozostała tylko niewielka ilość barwika, ten zaś zarówno mógł należeć do blaszki ciséj (*lam. fusca*), co têm bardziéj jest prawdopodobném, ponieważ obecność blaszki téj stwierdzono w przypadku szpary dolnego wycinka, ogłoszonym przez Talkę



i Hoyera (*Klin. Monatsblätter* 1877, str. 431), w którym był zupełny brak innych warstw naczyniówki, przybłonka siatkówki, a w środku brak nawet innych warstw siatkówki. Co się zaś tyczy naczyń położonych w obrębie plamy, to one zarówno do naczyniówki jak do białkówki należeć mogły.

II. T. L. 23-letni szeregowiec; prawe oko zupełnie prawidłowe, w lewém obszerna szpara dolnego wycinka, sięgająca prawie do tarczy. Na rys. 3 przedstawiłem część środkową dna tego oka (w obrazie odwrotnym). Tarcza otoczona



rozległym garbiakiem kręgowym, od którego odgraniczają ją znaczne ilości barwika, garbiak zaś sam otaczało dokoła całkowite pasemko barwikowe. Szpara dolnego wycinka odległą jest od tarczy o jednę jéj średnicę. W okolicy jednak plamy żółtéj również znajdujemy plamę, w kształcie nieregularnego owalu mającego kierunek ukośny a odległego od brzegu sierpa o jednę średnicę. Dłuższa średnica plamy = $3\frac{1}{2}$, najkrótsza = 2 średnicom, środkowa ta szpara jest lśniąco białą, w 4 miejscach na powierzchni jéj znajdujemy plamki barwikowe, brzegi otacza dokoła barwik, naczyń natomiast żadnych nie widzimy, znajdujemy zupełny brak widzenia naośnego, natomiast pola widzenia nie mogłem zbadać, za pomocą perymetru przekonałem się wszakże, iż prócz rozległéj przerwy odpowiadającéj szparze dolnego wycinka, znajdo-

wała się również zupełna przerwa środkowa odpowiadająca szparze środkowéj; na powierzchni równéj średnica téj przerwy wynosiła około 5". Tak więc w przypadku tym mieliśmy dwie szpary: szparę dolnego wycinka i środkową.

Zdaje mi się, iż przytoczyłem wszystkie przypadki, znane dotąd w literaturze. Liczba ich dość jest znaczna, gdyż nie licząc nawet niedokładnego opisu Ammona mamy obecnie 22 spostrzeżeń. Cechy ogólne wady skreślić możemy w następującym krótkim opisie. Najczęściéj znajdujemy ją w prawém oku mianowicie 11 razy[1], wiemy zaś, iż inne wady rozwojowe znacznie częściéj spostrzegamy w lewém oku. Środkową szparę znajdowano w lewém oku 6 razy, w obu oczach 4 (Schweigger, podając swój przypadek nie wymienia, które oko było dotknięte). W 11 razach spostrzegano mniéj lub więcéj znaczne obniżenie poziomu, które dowodziło zagłębienia białkówki w miejscu odpowiedniém. W jednym przypadku towarzyszył wadzie brak tęczówki, w jednym znów włókna nerwowe zachowały pochewki rdzenne w obrębie siatkówki, jeszcze w dwóch znaleziono resztki błony źrenicznéj z zaćmą warstwową. W dwóch przypadkach tarczę nerwu wzrokowego otaczał dokoła stożek, w pięciu stożków wcale nie było, w 4 znajdowały się one z boku (w téj liczbie 3 razy po stronie skroniowéj), w 3 obok dolnego obwodu, wreszcie widzieliśmy iż w przypadku Montméji szpara przytykała bezpośrednio do saméj tarczy i nie zupełnie nawet dochodziła do plamy żółtéj [2]). Rozmiary szpary od mniejszéj nawet od średnicy tarczy do 2—5 średnic, największe rozmiary miała ona w przypadku Dimmera. Kształt ma szpara najczęściéj podłużnego lub poprzecznego owalu, w jednym przypadku czworoboku, w innym znów trójkąta. Brzegi otaczał zawsze barwik, nawet wtedy gdy poziom plamy wcale nie był obniżony. Daléj, z wyjątkiem jedynego przypadku Montméji, we wszystkich innych znajdowało się pomiędzy brzegiem tarczy a szparą pasemko tkanki naczyniówkowéj, szerokość jego wynosiła $\frac{1}{4}$—$2\frac{1}{2}$ średnic tarczy. W obrębie pasemka naczyniówka była prawidłową, tylko Talko wspomina o zmianach barwika pomiędzy tarczą a szparą. Wreszcie najczęściéj mamy jednę tylko szparę w postaci jednéj plamy, tylko w przypadku Fuchsa ku górze i ku wewnątrz znaleziono jeszcze dwie mniejsze plamy, w jednym zaś przypadku Schnabla, i w jednym z moich znajdowały się równocześnie szpary w dolnym wycinku. (C. d. n.)

[1]) Remak (l. c.) myli się utrzymując, iż w drugim przypadku Weckera wada znajdowała się w obu oczach. Na str. 595 (l. c.) przedstawił W. wizerunki dna oka w obu oczach, szparę jednakże widzimy tu tylko na rys 13, t. j. na wizerunku dna prawego oka.

[2]) Również myli się Remak, twierdząc, iż w drugim przypadku Weckera „garbiak" środkowy zaczyna się wprost od saméj tarczy. Na wspomnianym już rys. 13 widzimy wyraźnie, iż pomiędzy szparą środkową a otaczającym tarczę sierpem znajduje się pasemko prawidłowéj tkanki naczyniówki, szerokości 1 średnicy tarczy.

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

III. Kilka uwag o objawach chorobowych dyfteryi i jéj terapii.

Nie jest wcale moim zamiarem napisanie wyczerpującéj monografii o dyfteryi, dla tego też omówiwszy nieco obszerniéj szczegóły etyjologiczne dyfteryi oraz kwestyję jadu błonicowego, potrącę tylko o niektóre szczegóły z działu symptomatologii błonicy, jakotéż uwydatnię własne poglądy na terapiję téj złowrogiéj choroby, a jako ilustracyję różnych form błonicy i innych zabiegów terapeutycznych, przytoczę kilka ciekawszych, a ściśléj obserwowanych przypadków dyfteryi.

Chociaż niemal wszyscy autorowie piszący o dyfteryi kładą nacisk na zupełnie nietorowy przebieg téj choroby, to przecież ośmielę się zrobić uwagę, że w pewnéj grupie przypadków dyfteryi, odznaczającéj się powolnym lecz bądź co bądź groźnym przebiegiem, spostrzegałem jeden i ten sam niemal typowy przebieg, tak, że z pewną ścisłością mogłem oznaczyć dzień, w którym trzeba będzie przystąpić do wykonania cięcia krtaniowego. Dotyczy to szczególniéj przypadków w których cierpienie szerzy się zwolna zajmując migdałki, połyk i spuszczając się na krtań. W przypadkach tych rozpoczynała się choroba od większego lub mniejszego dreszczu z następową gorączką, przyczém dzieci starsze skarżyły się na ból gardła, a badanie wykazywało zaczerwienienie tegoż i nieznaczny nalot na migdałkach lub tylko ograniczoną, białawo szarawą wypocinę, w postaci jakby ziarnka sera, zazwyczaj umieszczoną po obu stronach. Przez pierwsze 48 godzin zazwyczaj utrzymywała się ona w większym lub mniejszym stopniu, a sprawa wypocinowa zwolna rozszerzała się w połyku. Trzeciego dnia gorączka opadała lub zupełnie ustępowała, a po ukończeniu się trzeciéj doby w przypadkach łagodniejszych wypocina zaczęła się już ograniczać, a nawet złuszczać na brzegach w miejscach najpierw zajętych. W przypadkach złośliwszych w 4tym dniu choroby wypocina złuszczając się w górze szerzyła się ku dolowi, tak, że z końcem 4téj doby sprawiała już lekki kaszel i zachrypnięcie, któreto przypady znamionujące zajęcie krtani potęgowały się w ciągu dnia 5go, tak, że z końcem 5téj doby trwania dyfteryi, lub najdaléj 6go dnia, chcąc zyskać na czasie, trzeba było dokonać cięcia krtaniowego lub też założywszy ręce bezczynnie przypatrywać się powolnemu konaniu dziecka wśród objawów coraz to bardziéj zwiększającéj się cieśni krtaniowéj i przepełniania krwi kwasem węglowym. — Przypadek tego rodzaju operowany opiszę poniżéj jako ciekawą ilustracyję wielu innych.

Oczywiście, że w przypadkach złośliwych śmierć już następuje z końcem 2giéj doby, lub najdaléj dnia 3go albo 4go, jak również naturalną jest rzeczą, że w przypadkach, w których wypocina dyfterytyczna nie szerzy się ku dołowi, lecz ogranicza, przebieg jest wyraźnie nietorowy, bo począwszy od 4go dnia sprawa przewleka się przez to, że wypocina się już to złuszcza, już to znów odnawia, co trwać może dni 8, a nawet i dłużéj.

I gorączka może różnie przebiegać, z początku jest silną, potém znika zupełnie, lub też od samego początku nie ma jéj wcale, a potém dopiero pojawia się w miarę rozszerzania się sprawy chorobowéj lub zjawiających się powikłań, w przypadkach na końcu szczegółowo opisanych uwydatnię tę sprawę i wykażę, że użycie termometru i w przypadkach dyfteryi jest rzeczą nader cenną, gdyż skoki termometryczne dają nam ważną wskazówkę pod względem rozszerzania się sprawy lub zjawiania się nieprzyjemnych

powikłań chorobowych. Potęgowanie się gorączki w przypadkach zwłaszcza operowanych z powodu zwężenia krtaniowego, naraża nas na przykre rozczarowania, dowodzi nam bowiem, że operacyja nie będzie uwieńczoną pomyślnym wynikiem, bo choroba daléj się rozszerza i zgubne następstwa sprowadza. Dla tego sumienny lekarz, obok uwzględnienia całego obrazu chorobowego, a szczególniéj wejrzenia chorego, zapasu jego sił żywotnych, będzie również starannie uwzględniał i stopień ciepłoty ciała, oraz j a k o ś ć t ę t n a.

Tętno zazwyczaj jest przyspieszone i nie przedstawia nic charakterystycznego, ale tętno bardzo przyspieszone i nikłe w chwili zapadu i nagłego obniżenia się temperatury, ostrzega nas o zbliżającym się smutnym wyniku choroby. W przypadkach ogólnego zatrucia tętno staje się raz powolném, to znów przyspieszoném, słabém, przepuszczającém i nieregularném.

Po wiele innych szczegółów z dziedziny symptomatologii błonicy, jakotéż działu anatomo-patologicznego odsyłam czytelników do dzieł specyjalnych omawiających dyfteryję, szczególniéj pióra Oertla, Montiego, Senatora itd., a dotknę jeszcze kwestyi białkomoczu zjawiającego się w przebiegu dyfteryi, którato sprawa wysuniętą została przez niektóre powagi w świecie lekarskim do znamion niemal rozstrzygających rozpoznanie dyfteryi.—I tak Dr. Unruh (*Jahresbericht für Kinderheilkunde* T., XVII 1881, 2, 3 Heft) twierdzi, że pojawienie się białka w przebiegu błonicy ma znaczenie nader doniosłe, zdradza bowiem chwilę, w której następuje już ogólne zakażenie ustroju. Że wielu autorów podaje różne cyfry odsetkowe co do pojawiania się białkomoczu w przebiegu błonicy (jedni 10%, drudzy aż 60%), tłumaczy Unruh niesystematycznością badania moczu, który częstokroć dopiero badamy wówczas, gdy się u chorych pojawiają podejrzane obrzęki wodniste lub wodna puchlina. Na podstawie dokładnego badania 81 przypadków błonicy twierdzi ten autor, że białkomocz zjawia się zawsze u chorych na błonicę, jeżeli odgraniczanie się pokładów dyfterytycznych wymagało więcéj niż dni 6—7, a pojawienie się białka w moczu dowodzi zarazem, że jeżeli dyfteryja miała dotąd znaczenie cierpienia miejscowego, to w chwili pojawienia się białkomoczu cierpienie już stało się ogólném, jednakowoż mimo ogólnego zakażenia ustroju może jeszcze zakończyć się pomyślnie. Moje badania moczu, przedsiębrane we wszystkich ściśléj obserwowanych, a cięższych, przypadkach dyfteryi, wykrywały zazwyczaj białko z początkiem drugiego tygodnia cierpienia, w przypadkach jednak błonicy nader złośliwéj, zgorzelinowéj, nie zawsze dało się białko stwierdzić w moczu, dla tego też zdanie Unruha z pewną modyfikacyją zasługuje na uznanie i zachęcić powinno do troskliwszego badania moczu we wszystkich przypadkach błonicy, zwłaszcza w formach cięższych lub przewlekłych. Możemy zatém przyznać, że z wyjątkiem form złośliwych, z przebiegiem niemal piorunującym, bo niemal w 2 lub 3 dni kończących się śmiercią, w nader przeważnéj ilości przypadków błonicy ogólnéj pojawia się białko i obok innych przypadów przyczynia się do uzasadnienia pojęcia o ogólném zakażeniu ustroju przez tę złowrogą chorobę.

IV.

Zanim przystąpimy do działu, najwięcéj interesującego lekarza praktyka, zwłaszcza zajętego wykonywaniem swojego zawodu w okolicach z pewną predylekcyją nawiedzanych przez błonicę, t. j. do działu terapeutycznego téj choroby, niech mi wolno będzie w kilku słowach skreślić moje zapatrywania na wartość metod leczniczych dotąd w dyfteryi stósowanych. Otóż z góry już muszę uprzedzić szanownych czytelników méj rozprawki, że częstokroć mimo najtroskliwszego leczenia chorych na dyfteryję, mimo sumiennego używania zalecanych środków, a owianych nimbem cudowności, doznałem nader przykrych rozczarowań i z tego powodu jestem w ogóle dalekim od entuzyjazmowania się dla pewnych leków zalecanych przez powagi i niepowagi w świecie lekarskim i należę téż poniekąd do pesymistów pod względem krytycznego oceniania wyników metod leczniczych i środków zachwalanych w dyfteryi. Oczywiście w chorobie, któréj istota dotąd pod wielu względami dla nas jest tajemnicą, trudno żądać leków swoistych, niezawodnych, stłumiających chorobę zaraz w jéj zawiązku lub przecinających dalszy jéj rozwój, a przynajmniéj chroniących ustrój ludzki od złowrogich jéj następstw. Leków takich dotąd nie mamy mimo zapewnień autorów, że takim cudownym lekiem ma być pilokarpin lub papayotyn, resorcyn, sinek rtęci lub kalomel itd. Leków w ogóle zachwalanych, i to zazwyczaj bardzo przesadnie, jako znakomicie działających w przypadkach dyfteryi, mamy takie mnóstwo, że wyliczenie samych tylko nazw zajmie sporo papieru, ale niestety ani jeden z tych przetworów nie jest lekiem swoistym, ani jeden nie rozwija naocznie skutecznéj działalności w złośliwszych przypadkach dyfteryi, która, jak dotąd, mimo skrzętnego roztoczenia całego aparatu leczniczego, zazwyczaj śmiercią się kończy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. S z a d e k, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Co do l e c z e n i a p i e r z c h n i c p ł a s k i c h istnieje dotąd pomiędzy dermatologami niezgodność w zdaniach. Jedni utożsamiając widocznie pierzchnice płaskie z *lichen ruber acuminatus Hebrae,* za konieczne uważają wewnętrzne podawanie przetworów arsenu, środki zaś zewnętrzne bezskutecznemi tu. być mienią (H e b r a, K a p o s i, R i e h l). Przeciwnie zaś U n n a, N e u m a n n, T a y l o r zadawalają się stosowaniem jedynie środków zewnętrznych. Inni znów uważając stosowanie metody zewnętrznéj za najważniejszy motor, usuwający zmiany chorobowe w pierzchnicach płaskich, nie zaniedbują jednak wewnętrznego stosowania: przetworów arsenu (F o u r n i e r, B e s n i e r, W e y l), środków wzmacniających (W i l s o n), kwasu azotowego (B o e c k), środków gorzkich (V i d a l) itd.

Arsen najlepiéj podawać w postaci pigułek (po 0,01grm. *acidi arsenicosi*), które zażywają się w dawkach co kilka dni stopniowo zwiększanych. Dla zupełnego wyleczenia choroby niezbędném jest nader długie zadawanie przetworów arsenu, tak np. w przypadku R i e h l a wyleczenie pierzchnic płaskich nastąpiło dopiero po zażyciu 1000 pigułek azyjatyckich i 52 wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu Fowlera.

Ze środków zewnętrznych w *lichen planus* mają zastosowanie następujące: Smarowanie dziegciem części dotkniętych przez kilka tygodni (T a y l o r), wcieranie mydła, wyskoku mydlanego i wanny dziegciowe (N e u m a n n); smarowanie mięszaniną jodu i dziegcia, tymol (W e y l), rozczyn surnatowy (0,15 : 30,0 wody) (W i l s o n), wanny octowe (250grm. na wannę). B e s n i e r widział pomyślne wyniki

przy stosowaniu w maści kwasu pyrogallusowego; Hornkohl radzi wcierać chryzorobinę w stosunku 1:20. Unna zaleca maść Willkinsona z dodatkiem kwasu karbolowego i sublimatu lub też własną maść, złożoną z 0,5—1,0 *Hydr. bichlor. corrosivi, 20,0 Acidi carbolici* i *500,0 Unguenti zinci benzoati*; chorego podczas kuracyi owijać zaleca w kołdry wełniane. Unna utrzymuje, iż stosując metodę wymienioną, osięgał we wszystkich przypadkach pierzchnic płaskich zupełne uzdrowienie w ciągu sześciu tygodni.

Niniejszy artykuł oddany już został do druku, gdy pojawił się artykuł p. Pospelowa z Moskwy: *Zur Casuistik des Lichen ruber planus der äusseren Haut und der Schleimhäute (Viert. f. Dermatol.*, 1885, 3, 4, str. 533—549), w którym opisanych jest 5 nowych przypadków téj choroby z umiejscowieniem na skórze i błonie śluzowéj ust i języka. W swym artykule autor podaje, iż spostrzegał 26 przypadków téj choroby, z których w 6 zmiany chorobowe były też i na błonie śluzowéj ust. Co się tyczy etyjologii choroby, Pospelow oświadcza się stanowczo na korzyść nerwowego pochodzenia pierzchnic płaskich, gdyż u swych chorych spostrzegał bóle głowy, inne nerwobóle, wzniecone odruchy ścięgni, kurcze itd. Zanadto absolutne twierdzenie autora nie wydaje się nam jednak dość uzasadnioném, szczególnie zaś po rozpatrzeniu jego przypadków, na których Pospelow opiera swe zdanie mianowicie co do pochodzenia choroby. Swędzenie w okolicach dotkniętych osutką, jakoteż bóle głowy i kurcze *m. gastrocnemii* u choréj, która przebyła kiłę dość ciężką i przytém z powodu swych zajęć i ciężkiéj pracy narażoną była na częste przeziębienie, wszystkie te objawy nie mogą jeszcze świadczyć o nerwowém pochodzeniu pierzchnicy płaskiéj, spostrzeganéj u choréj (l. c., p. I Fall. str. 537—544), z opisu zaś II, III, IV, V przypadku tegoż autora (l. c. str. 547—549) wcale też nie można wysnuć wniosku o związku pierzchnic płaskich, z jakiemibądź zmianami ustroju nerwowego.

LITERATURA: Wilson: *British medical Journal* 1866. Octob. 13.— *Wien. med. Presse* 1866, 43—44.—Wilson: *On lichen planus. Journal of cutaneous medicine* 1869. III. July.—J. Neumann: *Über eine noch wenig bekannte Hautkrankheit (Dermatitis circumscripta herpetiformis). Viertelj. für Dermatol. und Syphilis* 1875, p. 41—51.—Kaposi: *Wiener med. Presse* 1878, 52.—Henry Fox: *Archives of Dermatolog.* II, 1877. January. *Gior. ital. d. mal veneree e della pelle.* 1877, 5. — Jonathan Hutchinson: *Lectures on clinical surgery* London 1879, I, p. 211, 222 itd.—Crocker: *Lancet* 1881 i 1882. 8 April. — Pospelow: *St. Petersburger med. Wochenschrift* 1881, 44. — Boeck: *Norsk Magazin for Laegervidensk.* 1881, p. 35—38. — Riehl: *Aerztlicher Bericht d. k. k. allgem. Krankenhauses* (1882). Wien 1883, p. 195. — C. Manassei: *Sul licheni ed in specie sul lichene piani.— Annali univers. di medicina e chirurgia.* Milano. CCLXIII, 1883, p. 104—115.—G. Lemoine: *Note sur une variété du lichen plan (Lichen hypertrophique). Annales de dermatologie et de syphilographie* 1883, p. 327—332. — F. Lavergne: *Contribution à l'étude sur le lichen plan.* Thèse. Paris 1883. — P. G. Unna: *Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber. St. Petersburger med. Wochenschrift* 1884, 45—50. — G. Thibierge: *Des lesions de la muqueuse buccale dans e lichen plan. (Annales de dermatologie et de syphilographie* 1885, p. 69—74).—Weyl: *Ziemssens Hautkrankheiten* 1883, I Hälfte.—Unna: l. c. p. 457. — Unna: l. c. Nr. 47. — Héguy: *Etude sur le lichen planus* Thèse. Paris 1880. — Tilbury Fox: *British medic. Jour.* 1880. 13 Mars I, p. 308. — Mackenzie: *Journal of cutaneous and venereal diseases. N. S.* 1885, 4, p. 122—123. — Unna: *Petersburger med. Woch.* 1884, 47, Fall X.—Wilson: *Jour. of cutan. medic.* 1869, July, p. 120, 125, 129, 131.—Crocker: *Monatsh. für pract. Dermatol.* 1882, p. 161.—Pospelow: *Petersb. med. Woch.* 1884, 44.—Neumann: *Anzeiger der k. k. Ges. der Ärzte zu Wien.* 1881, 26. — Koebner: *Berlin. klin. Woch.* 1884, 33. — Thibierge: *Annales de dermatol.* 1885, 2, p. 71 itd.—Hebra: *Acute Exantheme und Hautkrankheiten.* I Band, Erlangen 1862, p. 321.—Tilbury Fox: *Skin. diseases.* 1873, p. 144.—Hutchinson: *Clinical lectures on some rare diseases of the Skin.* London 1876. — Ernst Schwimmer: *Die neuropathischen Dermatonosen.* Wien und Leipzig 1883.—Colcott Fox: *Vierteljahr. für Dermatologie und Syphilis.* 1880, p. 115. — Morris: *Journal of cutaneous and venereal diseases* 1885, 4. p. 123.—Achille Carini: *Erpetismo e trofismo. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1885. Giuglo-Agosto, p. 215. — Unna: *St. Petersburger medizinische Wochenschrift* 1884, p. 477. — Moriz-Kaposi: *Vorlesungen über Hautkrankheiten.* Wien 1881, p. 403. — Fagge: *Three cases of lichen planus. (Medical Times and Gazette.* 1868. 14 March. p. 286. *Guy's Hospital Reports* 1869. *(Archiv für Dermatologie und Syphilis* 1870, p. 632). — Duckworth: *St. Bartholom. Hospital Reports.* VIII, 1872, p. 48; IX. p. 104.—Taylor: *Archiv. of dermatolog.* 1874. *Viertelj. für Dermatologie* 1875, p. 107—108.—Keyes: *Archiv. of dermatology.* 1877. *Gior. ital. d. mal. veneree* 1877 p. 307—308 — Henry Fox: Tamże. — Bronson: *Gior. ital. d mal. veneree* 1877, p. 308.—G. A. Hewitt: *A case of lichen planus. Northwest Lancet. St. Paul.* 1884, p. 233—235.—Bulkley: *Archiv of dermatology.* 1880, VI, p. 146—148. VII, p. 435-137 and 392.—Duhring: *Philadelphia medical Times* 1878, VIII. p. 337.—Hornkohl: *Über Lichen planus Inaug.-Dissert.* Berlin 1883. *Virchow's Jahresberichte pro* 1883. — Tilbury Fox: *Americ. Journal of medical Sciences.* 1873, April p. 480.—Neumann: *Viertelj. für Dermatologie und Syphilis* 1875, p. 44. — *Lehrbuch der Hautkrankeiten.* V Aufl. Wien 1880, p. 313.— Koebner und Weyl: *Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten* I Hälfte 1883, p. 522. — H. Auspitz: *System der Hautkrankheiten.* Wien 1881, p. 131—133 —E. Vidal et H. Leloir: *Recherches anatomiques sur le liehen plan (C. R. de la Soc. de Biologie* 1883, Mai p. 331). — A. R. Robinson: *Lichen ruber of Hebra and Lichen planus of Wilson. New-York medical Record* 1883, p. 425 and 509.— Weyl: *Bemerkungen zum Lichen planus Deutsche medicinische Wochenschrift* 1885, 36, p. 624—626.—Boeck: *Viertelj. für Dermatologie und Syphilis* 1875, p. 108.—Neumann: *Lehrbuch der Hautkrankheiten* Wien 1880, p. 314. *Vierteljahresschr. für Dermatol.* 1875, p. 51. — Hillairet et Gaucher: *Traité théorique et pratique des maladies de la peau.* Paris 1884, I, p. 569.—Unna: *Monattshefte für practische Dermatologie* 1882, 1. *St. Petersburger medic. Wochenschrift* 1884. 45—50.

Prof. Gerhardt: **O kile mózgowéj.**

Mózg, jak wiadomo, nie tak łatwo ulega chorobom zakaźnym ostrym, opartym na prątkach, a choć w durze powrotnym i w wągliku znajdują się prątki we krwi, nie mamy jednak umiejscowienia się choroby w mózgu. W jednéj tylko kile, według Lustgartena wywołanéj prątkami przez niego odkrytemi, bardzo często przychodzi do ważnych zmian w mózgu. Na pierwszém miejscu i najczęściéj ulegają kiłowym zmianom naczynia w mózgu, a głównie błona wewnętrzna naczyń, tak w zakresie tętnic dogłowowych jakoteż i kręgowych, a zmiany te sprawiają zaburzenia w dziedzinie myślenia, czucia, pamięci, zaburzenia w mowie i te lekkie apoplektyczne napady, jakie zdarzają się w początkowych okresach kiły. Cechuje właśnie kiłę, że sama istota mózgowa prawie nigdy nie bywa kiłą dotkniętą, a nawet kilaki przeważnie usadawiają się na oponach mózgowych, a nie w istocie mózgowéj. Powstawanie zaś ich również od naczyń bierze początek i to przeważnie z opony miękkiéj. Jako moment usposabiający do powstania takich zmian nadmienić trzeba wszelkiego rodzaju obrażenia czaszki, które nieraz mają wpływ na usadowienie się kilaków. Virchow uważa jako miejsce ulubione podstawę mózgu, szczególnie okolice po za skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych aż do mostu Varola, a nadto po za mostem około odnóg móżdżku. Rozmaitość objawów w kile mózgowéj zwiększona jest jeszcze przez kilaki kości czaszkowych, zapalenie opony twardéj i rozlane kilakowe zapalenie opon mózgowych. Z 27 przypadków obserwowanych w klinice prof. G. pierwsze objawy kiły mózgowéj wystąpiły u jednego w 3 miesiące po wrzodzie pierwotnym, u innych zaś po 2—5—10 a nawet

i 16 latach. Bez wątpienia po każdéj formie kiły mogą powstać objawy mózgowe, chociaż 2 przypadki przytacza prof. G., gdzie w jednym kiła niepostrzeżenie dostaje się do organizmu, w drugim zaś tylko wytwarza się wrzód pierwotny, wtórorzędnéj kiły wcale nie ma, a dopiero w końcu występuje kiła mózgu. Znaczenia nadmiernéj pracy umysłowéj i przewlekłego zatrucia wyskokiem nie należy lekceważyć, ponieważ one wywołują silny przypływ krwi do głowy, ale daleko ważniejszym momentem usposabiającym są obrażenia czaszki, a na dowód czego podaje prof. G. kilka przypadków z własnéj obserwacyi. Czasem po silnych wzruszeniach powstają pierwsze objawy kiły mózgowéj, jak to prof. G. stwierdził w 3 przypadkach.

Objawy kiły występują w tak rozmaitych postaciach i kombinacyjach, że pewnego przebiegu klinicznego nie podobna jest nakreślić. Zadaniem lekarza powinno być wcześnie rozpoznać kiłę mózgu nawet w tych przypadkach, gdzie chory istnieniu jéj przeczy. Z objawów, które powinny budzić podejrzenie przebytéj kiły, aczkolwiek nie mogą być zawsze jéj dowodem, są: *a)* rozlane zaburzenia mózgowe z charakterem połowiczym; zaburzenia te bywają niekompletne, czegoś im brak i bez wiadoméj przyczyny zmieniają się; daléj *b)* często powtarzające się napady apoplektyczne u młodych ludzi bez wady sercowéj; *c)* porażenia mięśni ocznych, szczególnie opadnienie powiek; *d)* padaczka, która w późniejszym wieku bez powodu powstaje; *e)* padaczka korowa; *f)* porażenie jednéj odnogi; *g)* ostre objawy opuszkowe; *h)* objawy nowotworów, które nie dają się wytłumaczyć istnieniem jednego ogniska. Odpowiednio do częstych zmian kiłowych w naczyniach mamy też na tém tle powstające napady podobne do apoplektycznych. Właściwy zaś kiłowy udar miąższowy wywołany bywa zwykle przez zakrzep powstający w skutek zapalenia śródtętniczego, zwężającego światło tętnicy. Zwykle napad apoplektyczny poprzedzają zwiastuny w postaci mniejszych napadów, często się powtarzających, ale bez utraty przytomności. Jeżeli apopleksyja rozwinęła się w obrębie tętnicy szyjnéj, mamy wtedy obraz zwykłego porażenia połowiczego, jeżeli zaś w obrębie tętnicy kręgowéj, w takim razie występują objawy opuszkowe. Kilaki są zwykle utworami rozwijającemi się na pewnéj powierzchni. Mogą one sprowadzić najrozmaitsze objawy ze strony kory mózgowéj, porażenia nerwów mózgowych, ale nie dają nam objawów wielkiego nowotworu i tych szalonych bólów głowy, jakie przy glejakach *(glioma)* występują. Jako nowotwory na korze mózgowéj wywołać mogą porażenie jednéj odnogi, formy mięszane padaczki i porażenia połowiczego, a jako nowotwory na podstawie mózgu porażenia po przeciwnéj stronie, obok porażeń mięśni ocznych, opadnięcia powiek, zawroty głowy, jako główny nieraz objaw podawany przez chorego. Przejścia z jednych chorób w drugie nie są rzadkością i tak np. po padaczce w jakiś czas następuje udar mózgowy, albo po dziwnych zaburzeniach w zdolności myślenia, po zaburzeniach pamięci i mowy powstaje nagle udar mózgowy. Skoro tylko z pewnych objawów podejrzywamy kiłę mózgu, powinniśmy skrzętnie szukać dawniejszych jéj zewnętrznych śladów, a utwierdziwszy się w przypuszczeniu należy odrazu energicznie wziąść się do leczenia. Podawać więc codziennie 2—5 gr. jodku potasu, a przytém wcierania z 3—7 grm. maści szaréj. Ta metoda jest najpewniejszą, w poszczególnych zaś razach można ją stosownie do okoliczności zmienić i tak np. w salach szpitalnych wcierania powinny być mniejsze, u tych zaś chorych, którzy mogą po kilka godzin spędzać na wolném powietrzu, można i do 7 grm. szaréj maści bez szkody dla chorego wcierać. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1886, Nr. 1).

Dr. J. Surzycki.

Uhthoff: **Uwagi o znaczeniu rozpoznawczém odruchowéj nieruchomości źrenicy.**

Statystyka Moeliego, Thomsena, Siemerlinga wykazała, że na 4000 umysłowo chorych 492 razy istniała odruchowa nieruchomość źrenic po zadziałaniu światła. Najznaczniejszego odsetku dostarczyło porażenie postępowe (85·5%), drugie miejsce zajmuje uwiąd rdzenia pacierzowego (4·25%). Autor niniejszéj pracy, korzystając z innego materyjału, dochodzi do odmiennych rezultatów. Przypadu tego nie znajduje przedewszystkiém nigdy u ludzi zdrowych. Chorych badanych (z oddziału chorób nerwowych prof. Westphala i chorób ocznych kliniki Schoelera) dzieli na dwa działy. Do działu pierwszego zalicza chorych, u których istnieje odruchowa nieruchomość źrenic na światło przy utrzymanéj akomodacyi nie uwzględniając przytém oddziaływania przy zbieżności (zaliczone tu są przypadki, w których na jedném oku akomodacyja jest porażoną, na drugiém zaś istnieje nieruchomość odruchowa źrenic), do drugiego działu zalicza chorych z porażeniem akomodacyi i odruchową nieruchomością źrenic.

Na podstawie tego materyjału dochodzi do odmiennych rezultatów. Objaw ten występuje w uwiądzie rdzenia w 67·6% przyp., w porażeniu postępowém 8·8%, w kile mózgu i bez przypadów mózgowych 8·1% w stwardnieniu rdzenia pacierzowego 1·4%, Railway-Spine 1·4%; nie wykazano momentu etyjologicznego u 2·2% przypadków. Dodać należy, że w ¼ części przypadków uwiądu rdzenia pacierzowego obok odruchowéj nieruchomości istnieje niejednakowa szerokość obu źrenic. Statystyka drugiego działu, do którego zaliczono chorych, u których obok braku oddziaływania odruchowego źrenic istniało równoczesne porażenie akomodacyi przedstawia się jak następuje: Brak momentu etyjologicznego w 40% przyp., kiła w 23·3%, uwiąd rdzenia pacierzowego 10%, porażenie postępowe w 6·6%. W największéj ilości przypadków nie wykazano momentu etyjologicznego. Zboczenie to występuje w młodym wieku (między 20 a 30 rokiem) i to u osób, u których często pojawiały się przypady nerwowe, jak bóle głowy, kurcze itd. Drugie miejsce zajmuje kiła i to w okresach dość późnych, bo w 7—8 lat po zakażeniu pierwotném. *(Berliner klin. Wochenschrift* 1886, N. 3, 4).

Dr. Halski.

Breitung (Berlin): **O wrastaniu paznogci.**

Autor od kilku lat miał sposobność obserwować i leczyć wiele przypadków wrastania paznogci a owocem tych studyjów jest właśnie niniejsza praca, która daje młodemu lekarzowi możność zapoznania się dokładniejszego ze sposobami leczenia jednéj z tych chorób, które w klinikach rzadko, w prywatnéj praktyce częściéj się zdarzając, stanowią nieraz o losie młodego adepta sztuki lekarskiéj.

Poprzedziwszy pracę swą krótkiém przypomnieniem anatomicznych i fizyjologicznych stosunków paznogci do ich łożyska zwraca uwagę, że t. zw. *onyxis* trzeba ściśle odróżnić od *onychii*; bo podczas gdy ostatnia występuje równie dobrze na palcach rąk jak i nóg, pierwsza jest chorobą właściwą prawie wyłącznie wielkiemu palcowi nogi i to według Bardelebena i autora samego na stronie zewnętrznéj tegoż palca; według innych na obu stronach.

Śledząc przebieg sprawy chorobowéj, widzimy zwykle z początku w otoczeniu brzegu paznogcia obrzmienie, zaczer-

wienienie i napięcie skóry. Z części miękkich wydziela się ciecz surowicza a podniesiona skóra pokrywa w części paznogieć, przyczém ból tak się wśród tego czasu wzmaga, że chodzenie staje się prawie niemożliwém. Badanie dokładniejsze wykazuje, że przednia część brzegu paznogcia tkwi we wrzodziejących częściach miękkich a szara gębczasta ziarnina pokrywa paznogieć na większéj przestrzeni. Z ziarniny wydziela się ciecz posokowata, silnie cuchnąca. W cięższych zaniedbanych przypadkach może nawet przyjść do zapalenia okostny. Przyczyny powstania téj choroby szukają w częściach miękkich, twierdząc, że te, zostając przyciśnięte do paznogcia, ulegają najpierw schorzeniu a ma się do tego przyczyniać za krótkie obcinanie paznogci, zwłaszcza na brzegach; drudzy, jak np. Rust, upatrują przyczyny choroby w zmienionéj czynności samego łożyska, skutkiem czego paznogieć staje się szerszy a naturalnie są i tacy, a tych ostatnich jest najwięcéj, którzy ani jednéj ani drugiéj teoryi nie są zwolennikami i chorobę tę uważają za wypływ rozmaitych czynników. Jeżeli uważa się na ustawienie palców u noworodka, to widzimy, że podczas gdy inne palce zwrócone są na bok, palec wielki zwrócony jest prawie zawsze ku środkowi. Podobne ułożenie palca wielkiego znajduje się u ludzi, którzy chodzą boso, np. u murzynów, pastuchów włoskich. U narodów oświeconych prawie stale palec wielki zwraca się równocześnie z rozwojem nogi na bok. Trzeba zatém przypuścić, że ważną pod tym względem rolę odgrywa noszenie obuwia; choć są okoliczności przemawiające za tém, że i sam rozwój nogi do tego zboczenia palca wielkiego przyczynia się i tak np. angielski szewc Dowie twierdzi, że linija wewnętrzna stopy u dzieci jest wklęsła, u dorosłych prosta, u starców nawet wypukła. Każdy może się o tém łatwo przekonać równie jak i o tém, że i położenie paznogcia zmienia się tak, że oś podłużna paznogcia z osią podłużną palca wielkiego tworzy kąt mniéj lub więcéj ostry. Wszystkich tych zmian nie napotykamy jednak u ludzi nieużywających obuwia; jeżeli więc obuwie jest przyczyną zboczenia palca wielkiego na zewnątrz a to zboczenie przyczyną onyksys, to z tego wynika, że schorzenie to jest skutkiem mechanicznéj siły i chorobą mody, jak bruzdy wątroby skutkiem ucisku sznurówki, a mechanizm jego powstania tłumaczy się w ten sposób: Palec wielki znajduje się jakby w kleszczach i podczas gdy na brzegu dośrodkowym ciśnie but, małe palce cisną na jego brzeg wewnętrzny, przyciskając części miękkie do paznogcia. Jeżeli but ciśnie na górny koniec dośrodkowego brzegu, wtedy i cały paznogieć zmienia swój kierunek ale zawsze rośnie w kierunku podłużnym swéj osi. Jeżeli paznogieć wrastający wydaje się szerszym, to polega to tylko na złudzeniu optyczném; bo biały paznogieć na zaczerwienioném tle części miękkich musi się wydawać szerszym według znanych prawideł optycznych.

Co się tyczy terapii, to nie ulega wątpliwości, że w pierwszym okresie mogą pomódz łagodne środki, jak okłady z wody gulardowéj. podkladanie wełnianéj nitki pod paznogieć, zeskrobywanie środkowéj części paznogcia szkłem, podkładanie płytki ołowianéj, obcinanie wklęsłe itd.; w dalszym okresie jedynie zabieg operacyjny może być skutecznym. Pośród wielu innych metod najwięcéj upowszechniła się metoda Dupuytrena, w ten sposób jednak zmodyfikowana, że nietylko paznogieć oddalamy ale i część skóry przykrywającéj korzeń paznogcia. Naturalnie ta metoda byłaby najlepszą, która w jak najkrótszym czasie prowadzi do celu nie odrywając chorego na dłuższy czas od obowiązków swego powołania. Do tego ma właśnie pretensyję metoda Stoquarda, ogłoszona w *Journal de med. de Bruxelles* w sierpniu 1885. Oprócz zdjęcia paznogcia najważniejszym aktem operacyi jest przecięcie skóry w bruździe paznogcia aż do korzenia. Narkoza lokalna za pomocą rozpylanego eteru czyni tę operacyję prawie zupełnie niebolesną. wzrost paznogcia zostaje utrzymanym a recydywy nigdy nie występują. Cięcie najlepiéj wykonywa się od dośrodkowego naturalnie równolegle do tylnego brzegu a zatém na poprzek palca. Po operacyi główną uwagę zwracać należy na odpowiednie pończochy i obuwie a za najlepsze pod tym względem obuwie uważa autor trzewiki Starckego. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1885, Nr. 104). *Dr. Otto.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω W ostatnich czasach pojawił się w handlu nowy środek dezinfekcyjny **Naftol** tak zwany **„bezwonny (odorless)"**. — Środek ten ma posiadać, według prac ogłoszonych w *Pharmaceut. Post* 1885, Nr. 46, w *Amerikanische Bierbrauer*, w *Repert. f. anal. Chemie*, w *D. chem. Ztg.* 1886, Nr. 2, znakomite własności dezinfekcyjne, przewyższające pod wieloma względami karbol, tymol i inne fenole. Roczyn naftolu 1:550 wody odpowiada w zupełności co do własności dezinfekcyjnych rozczynowi wodnemu kwasu karbolowego 1:40 Naftol bezwonny nie jest trującym, nie niszczy żadnych tkanin sztucznych, ani zwierzęcych ani roślinnych, również nie niszczy barwików, daléj nie ulega rozkładowi przez gazy, wydobywające się z części gniciu podlegających (jak się to rzecz ma z rozczynami soli metalowych) Naftol bezwonny posiada woń słabo aromatyczną, nie jest jednak w stanie wonią swą przygłuszyć woni ciał gnijących.

Ω Przeciw **kokluszowi** poleca Keatling:

Rp. Ammonii bromati
Kali bromati
Tinct. Belladonnae āā 4·0,
Glycerini 30·0,
Aq. rosarum q. s. ad 120.0.
S. Do wziewania.

Płynu tego mięsza się łyżkę stołową z łyżką słabego rozczynu kwasu karbolowego, i stosuje się wziewania 4—6 razy dziennie. (*Allg. med. C. Ztg.* 1886, Nr. 6).

Ω **Prątki w banknotach**. Przed niedawnym czasem ogłoszono spostrzeżenia nad bakteryjami, znajdującemi się na powierzchni monet. W jednym z ostatnich numerów *Science de Nature* znajdujemy pracę zatytułowaną: *„La flore des Billets de Banque"* przez Dra Scharschmidta. Dr. S. badał głównie banknoty rosyjskie i austryjackie. Banknoty te pokryte były warstwą złożoną z ziarnek skrobi, cząstek różnych włókien, włosów i łusek Czasopismo wzmiankowane podaje obraz części banknotu przy powiększeniu 900. Przy powiększeniu tém widzimy pomiędzy podściółką wyż opisaną mnóstwo laseczników uczlonkowanych, daléj *Bacterium termo*, drobne koki różnego rodzaju i różnéj wielkości, ładnie rozwinięte komórki drożdżowe, Leptothrix, nitkowate bakteryje, a także i drobne wodorosty, znajdujące się na monetach i już dawniéj opisane.

Ω **Ciekawy przypadek zatrucia ołowiem.** Pewien lekarz cieszący się wielką praktyką, został wezwany do dziecka w zamożnym domu, które od dłuższego czasu cierpiało na mocne kolki. Od dawna szukano pomocy u lekarza domowego i u innych do narad wzywanych. Lekarz zauważył dziwne sinawe zabarwienie skóry dziecka i ciągłe ruchy odnóg, znamionujące silne bóle w trzewach. Nie mogąc znaleźć podsta-

wy do wytłumaczenia tych objawów przy badaniu, zwrócił uwagę na mamkę. Istotnie badanie dało wynik dodatni: mamka dziecka używała od dłuższego czasu bielidła ołowiowego na twarz i ztąd jedynie możliwy powód zatrucia. (*Allg. med. C. Ztg.* 1886, Nr. 6).

○ **Zastępno jodoformu.** Postępom chemii syntetycznéj zawdzięczamy dodatek do szeregu znanych miejscowych środków antyseptycznych, który jeżeli przy dalszych próbach usprawiedliwi przyrzeczenia wynalazców, zagrozi stanowisku zajmowanemu przez jodoform. Istotą, o któréj mowa jest jodol, ciemny proszek otrzymany z *Ol. animale Dippeli.* Posiada on jedynie słaby zapach, rozpuszcza się w 3 cz. bezwzględnego wyskoku a dopiero w 5.000 cz. wody. Przeszło 200 spostrzeżeń w różnych chorobach robiono co do tego środka w król. chirurgicznym Zakładzie w Rzymie. Używano samego czystego jodolu lub zawieszonego w glicerynie albo rozpuszczonego w wyskoku z gliceryną lub jako maści. Szankry czyszczono wodą destylowaną, starannie obsuszano i posypywano proszkiem jodolu, na który przychodził *silk protective* a opatrunek ten zmieniano codziennie. Po sześciu dniach dno szankrów okazywało ziarninę a brzegi ślady poczynającego bliznowacenia. Podobne leczenie stosowano w przypadkach otwartych dymienic, które rychło poczynały okazywać zdrowe wejrzenie i wkrótce się goiły. W wielu razach zwykłych opornych wrzodów jodol okazywał się także cennym, gdyż charakter wrzodu zmieniał się po kilkakrotném zastosowaniu. Ani róży ani błonicy nie uważano nigdy w przypadkach leczonych jodolem. (*The Lancet.* 1886. I. Nr. 2).

○ **Wstrzykiwania do płuc.** W szpitalném Towarzystwie paryskiém miała niedawno miejsce rozprawa głównie między Gugenheimem a Dieulafoyem o korzyściach przeciwgnilnych wstrzykiwań do tkanki płuc w przypadkach gruźlicy. Gugenheim wstrzykiwał dwuchlorek rtęci w 33 przypadkach posuniętéj już gruźlicy a nastawało znaczne polepszenie, jak opóźnienie w utracie ciała i zmniejszenie się wykrztuszenia. Dieulafoy z drugiéj strony czynił w r. 1881 wstrzykiwania z roztworu karbolowego barwiąc go koszenilą, przez co mógł się zapewnić przez oglądanie plwocin, że środek przeciwgnilny dostał się do jamy. Przekonał się jednak, że chorzy cierpieli znaczny ból po wstrzykiwaniach i że nienastawał żaden pomyślny skutek, tak iż wkrótce porzucił to leczenie. (*The Lancet.* 1886. I. Nr. 5).

○ **Okres wylęgania w ospie.** Prof. Eichhorst z Zurychu podaje opis 3 przypadków, w których wybitnie ujawniać się zdaje okres wylęgania w ospie, a w każdym przypadku zdaje się, iż czas ten trwał nieco dłużéj niż 9 dni. Pierwszy przypadek dotyczył Dra Kuhna, który przybył do Zurychu celem odwiedzenia ojca chorego na ospę. Aż do czasu widzenia ojca Dr. Kuhn nie stykał się z ospą a widział ojca w dniu 20 paźdz. o 9 przed połud. przez 3 minuty nie dotykając się chorego a mimo to i mimo przeprowadzenia jak tylko można dokładnego odwietrzenia syn zapadł 29 paźdz. czyli w 9 dni po zarażeniu się. Dwa inne przypadki dotyczyły studentów medycyny w szpitalach ospowych Obaj byli szczepieni powtórnie bez skutku, jeden na 3 tygodnie przed zarażeniem się. W każdym przypadku choroby w kilka godzin po 9 dniach od zarażenia się pojawiła się choroba. — Prof. Eichhorst podaje, iż leczył przeszło 300 przypadków ospy w ciągu ostatnich 2 lat, ale w żadnym innym, prócz powyżéj wspomnianych, nie zdołał z pewnością oznaczyć trwania okresu wylęgania, zwykle oznaczają go na 12—14 dni a chociaż istnieć mogą wahania, to wszelkie spostrzeżenia, które dopuszczają wątpliwości, nie zasługują na wiarę. (*The Lancet*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 17 października 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 30. Koll. Drowie Serkowski, Wodyński i Wehr, nadto pp. Drowie Tyniecki Witkowski i Stanecki jako goście.

1) Kol. Ziembicki przedstawia chorą z aktynomykozą szczęki dolnéj po stronie prawéj. Kobieta lat 22 licząca, przybyła przed kilkoma dniami do szpitala, a na pierwszy rzut oka przedstawia się tak, jakoby dotknięta była przetoką zęba trzonowego. Od 2 lat chora skarżyła się na ból zęba trzonowego dolnego prawego 2go. Od 5 miesięcy utworzył się guz na dziąsłach w okolicy pomienionego zęba, który zaczął się rozrastać i przeszedł na prawy policzek. Bolesność była mała. Obecnie obrzęk sięgający od dolnego brzegu szczęki dolnéj ku górze, mniéj więcéj do kości licowéj, niebolesny, sinawy, okazuje 7—8 ognisk ropnych, jeszcze nieotwartych z bardzo już ścieńczałą skórą. Policzek w całéj swéj grubości zajęty. Gruczoły limfatyczne sąsiednie nieobrzmiałe, kość i okostna na pozór zdrowe. Zębodół 2go zęba trzon. dolnego prawego zajęty korzeniami zęba po nieudanéj ekstrakcyi. Anamneza wykazuje jeszcze, że chora jest zajęta na wsi przy gospodarstwie i opiekuje się krowami, które miały chorować na wąglik. Wykluczywszy przetoki zębowe, daléj zap. okostny, wykluczywszy wreszcie nowotwory i gruźlicę skóry, kol. Ziembicki wpadł na myśl, czy to nie jest sprawa chorobowa, wywołana grzybkiem promienistym i istotnie w ropie napotykano charakterystyczne grudki, które badane drobnowidowo wykazały obecność grzybka promienistego. Nad procesem chorobowym nie zastanawia się kol. Ziembicki, przypomina tylko kolegom niektóre szczegóły, zeszłego roku bowiem miał o téj sprawie odczyt kol. Wiktor.

Kol. Wodyński okazuje odpowiednie preparaty mikroskopowe z tego przypadku.

Dyskusyję nad tym przypadkiem, ponieważ nie była zapowiedzianą, odkłada Przewodniczący do następnego posiedzenia.

2) Kol. Schattauer, zamiast dwóch chorych po laparotomii, przedstawia tylko jednego, drugiego zaś, który z powodu niedyspozycyi nie mógł przybyć, opowiada historyję choroby, która jest pokrótce następująca: Dziecko płci żeńskiéj $^2/_3$ roku liczące zachorowało nagle, wystąpiły objawy wymiotów, morzyska, nareszcie krwawe stolce i szybki upadek sił. Kol. Kniaziołucki wezwany do owego chorego dziecka, wymacawszy guz podłużny w brzuchu, który się zwolna powiększał, rozpoznał wpochwienie. Ponieważ upadek sił wzmagał się, przypady były groźne i wpochwienie po każdym napadzie wymiotów wzmagało się, wezwano przeto kol. Schattauera na naradę, na któréj uradzono wykonanie laparotomii, którą tego samego dnia wykonano. Po otwarciu jamy brzusznéj stwierdzono wpochwienie jelita biodrowego i kątnicy w kiszkę grubą 13 cm. długie. Wpochwienie usunięto, ranę brzuszną zaszyto i opatrzono, i zaraz potém ustąpiły wymioty i morzysko i tylko następnego dnia był jeszcze jeden krwawy stolec, poczém bez wielkich przypadów gorączki po 8miu dniach dziecko było zupełnie zdrowém. Drugi przypadek dotyczy chłopca siedmioletniego, u którego według opowiadania ojca zauważono w drugiéj połowie pierwszego roku życia zwiększanie się brzucha. Chłopiec ten w czasie przyjęcia w lipcu br. do zakładu, okazywał obok wielkiego wychudnienia ciała, powiększenie brzucha takich rozmiarów, że siedząc nie mógł go rękami objąć. Obwód ciała pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem wynosił 1 metr., poniżéj pępka przeszło 80 cm. Od lewego 2go żebra, aż do obu jam biodrowych było zupełne stłumienie, tylko na małym obszarze poniżéj podżebrza prawego wypuk bębenkowy. Kolosalny ten obrzęk okazywał we wszystkich kierunkach wyraźne chełbotanie. Po nakłóciu wypuszczono przeszło jedenaście litrów płynu, lekko krwawo zabarwionego, w którymto płynie wykazał kol. Wiktor ślady mocznika i fosforanów nadto cholostearynę, paralbumin, ciałka białe i czerwone krwi i kuleczki tłuszczu. Na téj podstawie rozpoznano *Hydronephrosis sinistra congenita.* Z powodu prawidłowego składu moczu, tudzież, że po punkcyi, można było dokładnie wymacać nerkę prawą prawidłowych rozmiarów, wykonano d. 10 lipca rb. ne-

frektomiję: Cięcie w ścianie brzusznéj wykonał kol. Sch. po stronie lewéj z przodu od 10 żebra na kilka palców na wewnątrz od *spina anterior* i *super. ilei* około 20 cm. długie. Po przecięciu warstw mięsnych, otwarto w dolnéj części rany otrzewnę w długości 2 cm., przyczém stwierdzono, że otwór ten znajdował się tuż obok fałdu przejściowego otrzewny ściennéj przedniéj na tylną. Zeszyto otwór w otrzewnie i na zewnątrz od fałdu odsłonięto torbiel, poczém tenże dosyć łatwo wyjęto. Po podwiązaniu moczowodu, wyłuszczono torbiel a od tyłu znajdujące się dwie żyły nerkowe, grubości palca wskazującego, podwiązano resztę zaś szypułki, w któréj znajdowała się tętnica nerkowa, musiano podwiązać *en masse*, ponieważ w téj chwili tętno i oddychanie ustały. Operacyi szybko dokończono, przedrenowawszy jamę. Przebieg pooperacyjny był dosyć ciężki z powodu wielkiego wycieńczenia chorego. Gorączka dochodziła do 39° a tętno utrzymywało się pomiędzy 132 do 160 na minutę. Moczu oddawał chory 200 do 300 gramów, zawierającego białko. Po tygodniu wystąpiły *Anasarca* i *Ascites*, a na domiar wszystkiego przyplątała się *Gastroenteritis*. Nadto z powodu ropienia z podwiązanéj szypułki trzeba było wykonać przeciwotwór od tyłu. Po trzech tygodniowych zabiegach zaczął chory powoli przychodzić do siebie, przyczém wkrótce ropienie zmniejszyło się i rana po odejściu kilku ligatur zasklepiła się. Obecnie chory znakomicie wygląda. Brzuch prawidłowych rozmiarów, tylko jeszcze łuki żebrowe przedstawiają wyraźne rozszerzenie. Mocz odchodzi w prawidłowéj ilości (800—900gr.) i prawidłowego składu. Kol. Schattauer przedstawia wyjęty torbiel skurczony wprawdzie znacznie, bo przechowuje go w spirytusie, lecz jeszcze i tak przechodzący wielkością swoją duży pęcherz moczowy dorosłego człowieka. Co do genezy sądzi kol. Sch., że to wada wrodzona: zresztą uczepienie wysokie ureteru zupełnie drożnego dało prawdopodobnie powód do powstania hydronefrozy tak olbrzymich rozmiarów. Na wewnętrznéj gładkiéj powierzchni preparatu widać 8 dołkowatych zagłębień wielkości 4-centówki, jako ślad rozszerzonych kielichów, a na wewnątrz od tychże napotyka się cienką blaszkę, będącą resztką utkania nerkowego. Kol. S. nadmienia jeszcze, że dotąd, o ile czytał w literaturze, operowano cztery przypadki hydronefrozy, a przedstawiony i opowiedziany przypadek byłby piątym. Tamte jednak cztery były operowane *per laparotomiam* z przecięciem otrzewny, co dopiero opisany przypadek jest pod tym względem unikatem, że jest operowany *per laparotomiam* lecz bez nadwerężenia otrzewny, t. j. ekstraperitonealnie. (Dok. nast.).

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

III.

W olbrzymim azyjatyckim ustroju Persyja charakterem swéj sytuacyi topograficznéj odrazu zwraca na siebie uwagę turysty. Położona między 27 i 40° szerokości, 42 i 54° długości, przedstawia paralelogram o bokach nierównych, porozrywanych od północy wciskającym się w jéj granice sąsiadem, od zachodu zaś na całéj linii od podnóża Araratu aż do łożyska rzeki Dżumus zaznaczony potężnemi górskiemi łańcuchami. Wreszcie ze zwrotem na południo-wschód podstawa paralelogramu zwęża się i biegnie wzdłuż wybrzeży wschodnich zatoki perskiéj aż ku granicom Beludżystanu, od którego jest oddzieloną wydatném górskiém pasmem, należącém jednak do innego już systemu orograficznego. Od zachodu w całym biegu swéj linii granicznéj kraj dominuje nad powierzchnią dawnéj Armenii, dzisiejszym Kurdystanem i arabistańskim Irakiem, zniża się stopniowo w kierunku wschodnim, pozwalając na wytworzenie obszernych i licznych kotlin, nadających całym przestrzeniom szczególnie charakterystyczny i powabny wyraz. Ku południowym granicom Morza Kaspijskiego i kotlinie przedzielającéj Persyję od Turkestanu i Afganistanu zniżanie się to powierzchni jest daleko znaczniejsze, obejmujące cały wschodni pas Khorosanu i tam též wytwarzające nie już suche kotliny ale i przestrzenie, pokryte bagnami lub zbiornikami wód zwanych jeziorami słonemi (Tuz-czelin). Tento charakter miejscowości przeważnie górzystéj od północy i zachodu, zniżającéj się i bardziéj płaskiéj na południo-wschód, w środku posiadającéj doliny rozległe na setki kilometrów, będąc przyczyną podziału i kierunku licznych tu wstęg wodnych, wpływa též stanowczo i na jakość warunków klimatycznych, nieprzedstawiających właściwego typu, a tylko zależnych od geograficznego położenia okolicy i jéj powierzchni górzystéj lub płaskiéj, suchéj czy téż obfitującéj w większy zasób wilgoci posiadającéj zarost drzew górnopędnych lub pozbawionéj takowego. Dzięki takiéj sytuacyi przedstawiają się dwa ciekawe fakty, spad rzek i strumieni perskich ku arabistańskiemu Irakowi i coroczne przesiedlanie się plemion perskich z jednéj strony w drugą. Na pozór zwykłą tę i nic nieznaczącą okoliczność winien uwzględnić higijenista. Onato bowiem sprzyja i podnosi stopień wilgoci w prowincyjach tureckich graniczących z Persyją; a niemniéj téż w skutek wędrówki rozmaitych plemion, jednych z Lurystanu przenoszących się do Iraku na czas jesieni i zimy, drugich dążących z okolic Ispahanu, Khorozanu, Kom i Kaszanu, aby przepędzić porę upałów na stanowiskach opuszczonych przez Kurdów, sprzyjają przenoszeniu się chorób zakaźnych z okolic, gdzie one panują nagminnie, do innych punktów często nawet dość oddalonych. Większa ilość rzek perskich ma swe źródła w skłonach pasm górskich, nigdy ich jednak nie przebiegając w całości. Najczęściéj po kilkunastu kilometrach swego przebiegu wstęga wodna wnika w obszerne doliny i gdy tylko te ostatnie są pozbawione obrony naturalnéj, jaką stanowią górskie formacyje, tam łatwiejsze wystąpienie rzeki z jéj łoża, natura gruntu przeważnie gliniastego, sprzyjają natychmiast wytwarzaniu się stawów, których woda nie mogąc być łatwo wessaną, ani téż nie mając odpływu, wkrótce przeobraża całą miejscowość w obszerne stawowe łany, po kilku latach stające się bagniskiem. Daléj każda z rzek rozdzielać się zwykła na liczne ramiona, niebiegnące jednak nigdy jedném stałém łożyskiem. Tam téż, gdzie występuje ten hydrograficzny charakter, główną wstęgę otacza prawdziwa sieć jego napływników i wtedy przestrzenie takie są zwykle bagniskami, niedostępnemi dla przechodnia. Miejscowości takich, słusznie uważanych za posiadające najgorsze warunki klimatyczne, jest kilka w Persyi. Z ich liczby najbardziéj wsławionemi są następujące: Cała okolica wschodnio-południowa jeziora Ourun w pobliżu Tebryzu; przestrzeń stepowa zwana Monghan, wnikająca swym kątem w prowincyje kaukaskie Karabag i Szyrwan i granicząca z prawobrzeżném porzeczem rzeki Arras; całe wybrzeże wschodnio-południowe Morza Kaspijskiego od granicy posiadłości rosyjskich, zaznaczonych tu rzeką Aslar, wzdłuż prowincyj perskich Ginlan i Mazanderan aż do zachodniego zalomu wybrzeża morskiego, zaznaczającego stepy Turkestanu. Na całéj téj obszernéj przestrzeni okolice miasta Reszt z zatoką w pobliżu leżącą, zwaną przez samych Persów „wodą martwą" (Mourd aw), są słynne ze swego zabójczego klimatu, którego przyczynę znajdujemy właśnie w obszernych bagniskach, których natury nie zmienia nawet szeroka i o szybkich nurtach rzeka Sefid-Rud. Minąwszy perski Lurystan daléj na południu spotykamy inną sieć rzeczną, cytowaną już w starożytności i rozpościerającą swe ramiona nad całą okolicą dzisiejszych miast Dyzfulu i Szusteru. Ze wszystkich

zaś bagnisk, które zacytowałem, miejscowość, gdzie dawniéj wznosiło się miasto Suza, przedstawia dziś najfatalniejsze warunki klimatyczne. Tutaj dwa potężne zbiorniki wodne rzeki Kerkha i Karun, ściśnięte od zachodu i wschodu dość wydatnemi pasmami wzgórz lecz biegnące po bardzo obszernéj równéj powierzchni, rozdzielają się na niezliczoną ilość kanałów i ramion wytwarzając tyleż ognisk sprzyjających rozwojowi zabójczych zaduchów. Natura téż sama skąpo obdarzyła tę okolicę swemi darami. Wszędzie bagna, mało zieleni i tylko gdzieniegdzie występujące okazy *Zyryphus totus*, stanowią tu całe prawie bogactwo roślinne.

Postępując za kierunkiem dwóch wspomnianych rzek i przenikając do perskiego Arabistanu, mamy przed sobą olbrzymią przestrzeń, tu i owdzie tylko zaznaczoną jakąś osadą, również obfitującą w bagna, dobiegające aż do północnych wybrzeży perskiéj zatoki. Jestto miejscowość rywalizująca niejako o gorszość warunków sanitarnych z okolicami Dyzfulu i różniąca się tylko od nich większemi obszarami swych bagnisk, morderczo oddziaływających na zdrowie nielicznych tu wprawdzie mieszkańców. I tylko Arabowie z pokoleń Teszab, Ben-i-Lam i Mohamet, podobni bardziéj do zwierząt wodnych, aniżeli istot ludzkich, osiedlają się przy bagniskach, żyją i nurzają się w nich, lecz téż podobnie jak liczne tu i nielitościwe dla przybysza owady giną setkami.

Wreszcie zwrotem na wschód dochodzimy do poważnych rozgałęzień się Szat el-araby, w pośród których ustaliło się miasto Mohamera, a nieco wyżéj Darak, ważne ze względu na międzynarodowe stosunki kwarantanowe, lecz téż i słynne ze swych brudów i najnieznośniejszego klimatu.

Z wyjątkiem nieco błotnistych okolic po nad wybrzeżami perskiéj zatoki aż do Bender-buszyru, na całéj dalszéj przestrzeni ku granicom Beludżystanu, miejscowość jest wolną od tych ognisk szkodliwych zdrowiu mieszkańców. Lecz zwrot na północo-wschód, doprowadzając nas do okolic Khorosanu, równych, zamkniętych dwiema ścianami znacznych górskich formacyj, obfitujących w przeważny zasób wilgoci, zapewni nas znowu o nieszczególnych warunkach klimatycznych, tych uświęconych perskim fanatyzmem miejscowości. Jakkolwiek i ta okolica jest poszarpaną nieznacznemi pagórkami, poprzedzielaną obszernemi dolinami z tu i owdzie występującym zarostem drzew górnopędnych, przedstawia jednak dwa tylko punkty, na które powinna być zwróconą uwaga higijenisty. Na przestrzeni wzdłuż granicy perskiego Khorosanu i prowincyjami Beludżystanu i Afganistanu, gdzie rozciągają się bardzo znaczne bagniska zwane Hamun, i daléj na północo-zachód, pominąwszy już stolicę Khorozanu, miasto Meszed, spotykamy inny łan bagnisk, łącznie z pogranicznemi wystarczających do policzenia i téj prowincyi do rzędu miejscowości, gdzie warunki zdrowotne pozostawiają bardzo wiele do życzenia. Tutajto bowiem prócz już naturalnych ognisk wytwarzających wyziewy zimnicze i do pewnego stopnia sprzyjających rozwojowi chorób zakaźnych sami mieszkańcy przyczyniają się bardzo do pogorszenia swéj sytuacyi. Okolice Meszedu i samo miasto ze wspaniałym grobowcem Imama Ryza jestto ziemia obiecana dla Muzułmanów Szeitów. Podobnie więc jak do Kerbeli i Nedżefu w Mezopotamii, tak i do Meszedu, przybywają masy pielgrzymów, często z bardzo dalekich nawet okolic Indyj i Arabii. Podróżując w najgorszych warunkach, wycieńczeni i schorzali, setki podobnych pielgrzymów kończąc tutaj cel wycieczki, znajdują także i grób w tym raju, na którego odszukanie wysilają cały południowy fanatyzm. Liczni tu duchowni, własne korzyści przedewszystkiém mający na celu, interesują się mało tak stanem pielgrzymów jak i oddaniem ostatniéj posługi licznym dziesiątkom zwłok codziennie tu znajdowanych. Usunąć je z pobliża uświęconego miejsca, złożyć w niegłęboki dół i przysypać lekką warstwą żwiru, to wszystko, na co się znajduje chwilkę czasu. Ulewne deszcze łatwo usuwają warstwy żwiru. Upały oddziaływając fatalnie na półotwarte groby, szybko sprowadzają rozkład gnilny, który łącznie z podobnym procesem rozwijającym się w nagromadzonych tu pozostałościach z ofiarowanych zwierząt, zatruwa powietrze, dziesiątkując nietylko pielgrzymów ale i okolicznych mieszkańców. Wypada mi jeszcze zapisać i tę okoliczność, że prócz nieodpowiedniego grzebania zwłok, pozostawianie na otwartém powietrzu resztek zwierzęcych, na zdrowie pielgrzymów przybywających do Khorosanu wpływa jeszcze inna przyczyna, oparta na uświęconym tu zwyczaju czasowego obmywania zwłok w miejscach zwanych Mordeszur-hane i przechowywania ich w Dehme czyli kostnicach. Podług zwyczajów praktykowanych na Wschodzie do obmywania zwłok powinna być użyta woda zagrzana. W Meszedzie z powodu znacznych upałów w porze przebywania pielgrzymów wystarcza woda zwykła, brana z rzeczułki zwanéj Tedżen. Obmywalnie są położone w pobliżu rzeczułki. Woda użyta spływając na trudno przesiąkalny teren gliniasty, pochyło spadający ku rzeczce, tworzy często rodzaje małych strumieni, które z łatwością przedostając się do większego zbiornika wodnego i mięszając brudny płyn z ogólną ilością wody, zanieczyszczają takową w sposób niedający się zaprzeczyć. Woda taka, drogą podziemnych kanałów, bywa przeprowadzaną do fontan, basenów w meczetach i domów. I tak mieszkańcy, a tém pewniéj jeszcze i pielgrzymi, używają téj uświęconéj brudami mięszaniny na wszystkie zwykłe potrzeby. Przekonani wszakże o złéj jéj jakości, tém pocieszają się zdaniem, że silne prądy w rzeczce usuwają w dal wszystkie zanieczyszczenia. W istocie jednak rzecz ma się zupełnie inaczéj, co wreszcie potwierdza i uwaga samego imama Ryzy, którą znajdujemy wyrzeźbioną w złoconych arabeskach na jednym z bocznych portali świątyni. Prąd bowiem jakkolwiek silny, walcząc ze stopniowo wznoszącém się łożyskiem rzeczki, biegnie zmiennym, wirowym kierunkiem, który téż i utrudnia szybki odpływ ogólnéj masy wody i sprzyja, że istoty zanieczyszczające ją zamiast opadania na dno, przeciwnie pozostają na widoku mieszając się zaledwie z wierzchniemi warstwami wody. Wpływ, jaki podobna okoliczność wywiera na ogólną sytuacyę zdrowotną, jest bardzo widoczny i stany chorobowe zawdzięczające jéj swe powstanie są aż nadto jawnemi. (C. d. n.).

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 3 b. m. pod przewodnictwem prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego posiedzenie, na którém po załatwieniu kilku spraw mniejszéj wagi fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w pierwszych dwóch miesiącach r. b. W styczniu umarło ogółem osób 196, w lutym 177, śmiertelność wynosiła rachując zamiejscowych zmarłych w szpitalach rocznie 31 i 29·5 na tysiąc a uwzględniając jedynie mieszkańców Krakowa w styczniu 21·8, w lutym 22·3. Z tego widać, w jak wysokim stopniu dawniejszy sposób obliczania śmiertelności Krakowa przez włączanie osób zamiejscowych, które już chore przybyły do szpitali krakowskich i w nich zmarły, podwyższał sztucznie cyfrę śmiertelności i nie dawał dokładnego poglądu na miejscowe stosunki higijeniczne. Do tegoż samego

zdania doszła także i komisyja statystyczna wiedeńska, która obecnie oblicza śmiertelność większych miast dwojako, raz z porachowaniem zamiejscowych, drugi raz z ich opuszczeniem, tak iż na tej podstawie można zawsze znać rzeczywistą śmiertelność każdego miasta. — Pod względem chorób zakaźnych styczeń i luty r. b. były dla Krakowa bardzo pomyślne; procent bowiem śmiertelności z ich przyczyny był mały wynosząc w styczniu 11·6 a w lutym nawet tylko 6·7. Z ospy nie umarł nikt, odra ustała prawie zupełnie, jeden bowiem tylko przypadek w lutym zakończył się śmiercią. — Następnie fizyk miejski Dr. Buszek odczytał pismo i wykazy miejscowéj Rady szkolnéj w sprawie poruszonéj na poprzedniém posiedzeniu przez r. m. Dra Pareńskiego a dotyczącéj udzielania nauki z małą przerwą przez 5 godzin w niektórych pensyjonatach w Krakowie. Pisma te dały powód do bardzo ożywionéj i gruntownéj dyskusyi, w któréj wszyscy przemawiający byli jednego zdania, że udzielanie dzieciom małym nauki przez 5 godzin choć z przerwą jest pod względem zdrowia szkodliwe. R. m. Dr. Domański poruszył przy téj sposobności konieczność zbadania ponownego wielu innych bardzo wielkich braków sanitarnych szkół krakowskich i wypracowania stosownych w téj mierze przedstawień do właściwych władz rządowych. Wniosek ten przyjęto i wyznaczono do bliższego zastanowienia się nad nim podkomisyję z Drów Buszka, Domańskiego i Pareńskiego pod przewodnictwem ostatniego. Podkomisyja ta ma przedewszystkiém przejrzeć obowiązujące obecnie przepisy i przedłożyć wnioski w sprawie udzielania nauki przez 5 godzin z rzędu po pensyjonatach żeńskich. W dalszym ciągu posiedzenia dokończono obrad nad bardzo ważném ze względów sanitarnych rozporządzeniem odnoszącém się do budowy wychodków, dołów kloacznych, zlewów i kanałów. W obszernéj nad tym przedmiotem dyskusyi łączono, ile tylko możności, względy sanitarne z ekonomicznemi i ułożono ostatecznie regulamin, który, jeżeli będzie należycie wykonany, zapobieży złemu, na które wszyscy słusznie dotąd narzekali. Po załatwieniu jeszcze jednéj sprawy dotyczącéj wypróżniania dołów zlewnych zakończono posiedzenie w późnéj godzinie wieczornéj odkładając uchwalenie stałéj instrukcyi dla służby zdrowia do najbliższego posiedzenia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—20 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 35·5. Z odry umarło (0 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z gruźlicy 11 (8 z. t.); z zapalenia płuc 6 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 2 duru osutkowego, 2 róży. W tygodniu od 7—13 umarło z ospy: w Warszawie i Odesie po 2; w Lipsku 1, w Wiedniu 14, w Pradze 7, w Rzymie 10, w Wenecyi 5, w Zurychu 2, w Paryżu 6. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 14, w Hamburgu 7, w Paryżu 10, w Londynie 13, w Petersburgu 19. Z odry umarło: w Wiedniu 14, w Londynie 30, w Amsterdamie i Rzymie po 12, w Petersburgu 11. Z płonicy umarło: w Petersburgu 12. Z błonicy umarło: w Berlinie 19, w Hamburgu 8, w Mnichowie 9, w Paryżu i Londynie po 40, w Chrystyjanii 9, w Petersburgu 24. Z krztuśca umarło w Londynie 130, w Stokholmie 8. W Tarifie (w Hiszpanii) zachorowało na cholerę od 27 stycznia do 7 lutego osób 218, a umarło 59; w Donarnenez (we Francyi) zachorowało na cholerę od 30 stycznia do 8 lutego osób 44, umarło 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,3; w Brodach 37,8; w Drohobyczu 52,2; w Kołomyi 68,2; w Przemyślu 33,5; w Stanisławowie 25,4; w Tarnopolu 38,4; w Tarnowie 24.1; w Warszawie 28,2; w Poznaniu 29,7; w Czerniowcach 23,5; w Pradze 44,1; w Wiedniu 34,8; w Salcburgu 25,0; w Gracu 27,6; w Tryjeście 28,6; w Insbruku 27,8; w Bernie 40,2; w Ołomuńcu 18,2; w Opawie 23,3; w Berlinie 27,7; w Wrocławiu 27,8; w Gdańsku 19,5; w Dreźnie 22,5; w Lipsku 21,7; w Mnichowie 27,6; w Strasburgu 24,1; w Amsterdamie 25,8; w Chrystyjanii 19,5; w Genewie 17,3; w Kopenhadze 18,4; w Londynie 24,9; w Odesie 36,1; w Paryżu 26,3; w Petersburgu 35,0; w Rzymie 35,1; w Stokholmie 21,3; w Wenecyi 31,5; w Zurychu 26,4. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 marca. Na posiedzeniu wczorajszém Tow. lek. krak. kol. Bossowski przedstawił chorą, u któréj prof. Mikulicz wykonał kastracyję z powodu włókniaka macicy z pomyślnym skutkiem, następnie kol. Braun przedstawił chorą, u któréj prof. Obaliński wykonał ekstyrpacyję barku i łopatki z powodu mięsaka. Po przedstawieniu tych chorych toczyły się rozprawy nad wnioskiem komisyi wyznaczonéj do rozpatrzenia wniosku doc. Dra Gluzińskiego w przedmiocie ograniczenia sprowadzania z Niemiec narzędzi, dzieł itd. Dla spóźnionéj pory dalszy ciąg rozpraw odłożono do następnego posiedzenia.

* Otrzymaliśmy pierwsze 3 numery „Przeglądu Weterynarskiego“, czasopisma, które, jak zapowiedzieliśmy, zaczęło wychodzić z d. 1 stycznia r. b. we Lwowie, zrazu pod redakcyją prof. Barańskiego, a począwszy od Nru 3 pod redakcyją Dra Szpilmana. Format, druk i układ przedstawiają się wcale ładnie, a jakkolwiek o wartości naukowéj pisma nie można jeszcze orzekać na podstawie kilku numerów, to jednak witamy radośnie „Przegląd Weterynarski“ jako pierwsze u nas pismo fachowe w kierunku do niedawna mało co uprawianym i życzymy mu najlepszego powodzenia; sądząc po obfitości materyjału, mieszczącego się w dotychczasowych numerach, nie wątpimy nawet o jego powodzeniu, jeżeli wszyscy zawodowcy polscy poprą je należycie.

* **Warszawa.** Dr. J. Talko, okulista, wojsk konsystujących w warszawskim okręgu wojskowym, obchodził w kółku rodzinném 25 letnią swoją działalność służbową, którą rozpoczął w Kijowie, kontynuował na Kaukazie, a od r. 1871 pełni w Warszawie. Prócz starszych lekarzy wojskowych z Warszawy i Modlina wzięli udział w uroczystości: Dr. Walter, inspektor szpitali warsz., b. prof. kijowski i nauczyciel Jubilata i Dr. Cywiński, umyślnie z Wilna przybyły. Słyszeliśmy, że Dr. Talko w roku zeszłym starał się o katedrę oftalmologii w Uniwersytecie w Tomsku, lecz według doniesienia kuratora sybirskiego okręgu naukowego prof. Floryjańskiego, zaniechano myśli urządzenia Wydziału lek. w tamecznym Uniwersytecie.

Prof. Szokalski otrzymał order św. Włodzimierza.

* **Praga** 1 marca. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých“ omówił prof Hlava dwa przypadki z sekcyj patologicznych. 1) Pęknięcie prawdopodobnie urazowe śledziony u 60-letniego mężczyzny, który zmarł z *Paralysis progressiva*, Śledziona otoczona była skrzepem na 1cm grubym, a *serosa* jéj w rozległości na pół przedarta. Klinicznie ruptura ta nie okazywała żadnych objawów. 2) *Cholasteatoma* na podstawie czaszki u 26-letniego mężczyzny zmarłego z gruźlicy płuc. Guz ten był rozlany pomiędzy blaszkami spraw miękkich, wywołał znaczny *hydrocephalus*, a za życia objawy brodawki zastoinowéj. Następnie Dr. Obrzut miał zapowiedziany wykład o „komórkach olbrzymich gruźliczych, ich pochodzeniu i znaczeniu“.

Dr. Obrzut.

* **Praga czeska** d. 1 marca. Jutro odbędzie się tu bal polski urządzony staraniem „Ogniska“, na który przyobiecał stawić się cały świat lekarski czeski. Czysty dochód przeznaczony na bannitów pruskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachium.** Dr. Kopp habilitował się jako docent chorób skórnych. — **Erlanga.** W miejsce Sattlera przedstawiony został do nominacyi prof. okulistyki Dr. Eversbuch z Monachijum.

* **Nekrologija.** Przed kilkunastu dniami umarł w Ajaccio na wyspie Korsyce asystent przy katedrze medycyny sądowéj i docent prywatny w Wiedniu, Dr. Edward Zillner w 33 roku życia. Zmarły był synem fizyka salcburskiego i jednym z najbardziéj poważanych i uzdolnionych młodszych lekarzy wiedeńskich. Nadzwyczajna pracowitość, gruntowna znajomość medycyny sądowéj a przytém niezwykła skłonność i zacność charakteru,— oto zalety, które odznaczały młodego tego a zacnego pracownika. Od lat wielu znając go osobiście, ceniąc wysoko jego uzdolnienie i gruntowne prace fachowe, nie wątpiłem, że będzie ozdobą pierwszéj katedry, która się opróżni na jednym z uniwersytetów niemieckich. Los zawistny inaczéj zrządził; nauka traci w Zillnerze jednego z najgorliwszych i najsumienniejszych adeptów, prof. Hofmann najlepszego i przywiązanego swego ucznia. Cześć jego zacnej pamięci. *L. B.*

W Florencyi umarł prof. Levi, dyrektor kliniki chorób dzieci a w Bukareszcie prof. Marcovici, w Berlinie fizyk miejski Dr. Chamisso, syn poety.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 9: Biegańskiego: O naczynioruchowém oddziaływaniu skóry u przymiotowych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Stypińskiego: Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 2: O wpływie gimnastyki na narząd trawienia; O postawie ciała i środkach do osiągnięcia dobréj postawy u młodzieży w nauce gimnastyki.

Sprostowanie. W Nrze 9ym, str. 136, wiersz 19 od dołu, zamiast *(m. arytaenoideus)* powinno być *(m. arythyroideus).*

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 61.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę Asystenta przy katedrze Anatomii opisowéj, począwszy od dnia 1 kwietnia r. b.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść podania swe na ręce podpisanego dziekana aż do d. 21 marca r. b.

Kraków d. 27 lutego 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

L. 62.

KONKURS.

Wydział lekarski ogłasza niniejszém konkurs na 3 stypendyja z fundacyi śp. Józefa Dąbkowskiego, każde po 177 złr. 93 ct.

O dwa z tych stypendyjów ubiegać się mogą uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego kończący w tymże Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie; o trzecie zaś stypendyjum również uczniowie Uniwersytetu Jagiell. w tymże Uniwersytecie studyja lekarskie kończący i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy do Wydziału lekarskiego na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 25 marca 1886 r.

Kraków dnia 27 Lutego 1886.

Prof. Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 13 marca 1886. № 11. Rok XXV.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Mikulicza w Krakowie.

Przetoka cewki moczowéj z powodu zadzierzgnięcia. Uretrorafija. Wyleczenie.

Podał Dr. Czesław Górski,
asystent prywatny prof. Mikulicza.

Leczenie bliznowatych przetok cewki moczowéj jest do dnia dzisiejszego, śmiało rzec można, kamieniem probierczym cierpliwości chirurga i w wielu zapewne przypadkach tylko doniosłość cierpienia skłania go do podjęcia kilkakrotnych zabiegów. Przykrości przy oddawaniu moczu, utrudnienie spółkowania i zapłodnienia jako też wynikające ztąd moralne przygnębienie, oto główne powody, które dodają choremu odwagi w ciągu kilkomiesięcznego leczenia. Podczas gdy przetoki granulujące przy staranném zachowaniu czystości goją się same przez się, lub przy pomocy środków żrących, skoro tylko mocz zostaje odprowadzony cewnikiem, a cewka przy zwężeniach rozszerzoną, że wspomnę tylko o ranach po cięciu środkowém; daleko trudniéj jest osiągnąć wyleczenie w przypadkach przetok bliznowatych, w których prawie zawsze trzeba się uciekać do zabiegów operacyjnych. Trafnie też bardzo wyraża się Dieffenbach, bogaty doświadczeniem w tym względzie: „Ktoby mniemał, że usunięcie ubytku w ścianie cewki moczowéj jest drobnostką, ten sądzi jako ślepy o barwach, lub też pomyślny traf sprzyjał mu w danym przypadku“ *(Zeitschrift f. die gesam. Med. Hamburg* 1836. T. II. Str. 4*)*. Jakkolwiek właśnie pół wieku mija od chwili, gdy słowa te zostały wyrzeczone, mimo to nie zdołano usunąć rozlicznych trudności, a leczenie przetok moczowych jest jeszcze dzisiaj jedném z najtrudniejszych zadań chirurgii.

Z zebranych przez Czernego (*Archiv f. klin. Chir.* T. XXI. Str. 25) 68 przypadków, w których podjęto operacyje krwawe, obejmujących przeciąg czasu od roku 1818, kiedy A. Cooper pierwszy uleczył przetokę drogą operacyjną, aż do roku 1873, okazuje się, że 38 przypadków, więc 56%, zakończyło się wyleczeniem, w 30 przypadkach zaś, czyli 44%, stan się tylko polepszył lub pozostał taki jak przed operacyją. Przyznaje atoli sam Czerny, że przypadki te, jakkolwiek pokaźne co do liczby, nie mogą służyć za podstawę do oceny, albowiem większa ich ilośc pochodzi z okresu, kiedy ogłaszano przeważnie rezultaty dodatnie, podczas gdy przypadki niepomyślne były dla statystyki stracone. Z powyższego zestawienia wynika również, że czas leczenia, średnio biorąc, wynosił prawie ośm miesięcy, jak niemniéj, że zgojenie rany przez rychłozrost nastąpiło tylko pięć razy, zresztą przez ropienie, że wreszcie dwadzieścia cztery razy powtarzano operacyje kilkakrotnie.

W literaturze ostatniego dziesięciolecia znalazłem sześć opisanych przypadków, które podali Weir, Dittel, Clutton, Brand, Robert, Verneuil; trzej pierwsi otrzymali wynik pomyślny, w trzech razach zaś operacyja nie odniosła pożądanego skutku. Otrzymawszy od prof. Mikulicza łaskawe pozwolenie ogłoszenia przypadku operowanego przezeń w Czerwcu roku ubiegłego, czynię to chętnie w téj myśli, że właśnie w takich razach, gdzie mimo podanych rozlicznych sposobów operowania żaden z nich nie zdołał jeszcze uzyskać pierwszeństwa, tylko skrzętne notowanie każdego przypadku pozwoli zebrać późniéj obszerniejszą statystykę, a zarazem ocenić, która z podanych metod najpewniéj prowadzi do celu. Zanim opiszę przypadek, operowany przez prof. Mikulicza, pozwolę sobie w jak najkrótszym zarysie podać wyniki, jakie na tém polu dotąd otrzymano, aby tym sposobem łatwiéj wykazać myśl, która kierowała postępkiem operatora i pozwoliła mu otrzymać wynik pomyślny.

Wiadomą jest rzeczą, że bliznowate przetoki na prąciu, a o tych będę mówił w dalszym ciągu, zdarzają się o wiele rzadziéj niż na mosznach i międzykroczu. Najczęstszą ich przyczyną bywają: po pierwsze mechaniczne urazy, jak zra-

nienia, które bezpośrednio przecinają ścianę cewki, lub, zwłaszcza u dzieci nierzadko się zdarzające, zadzierzgnięcie (*Einschnürung)* ciałem obcém w celu onanii, jak pierścieniem metalowym lub nicią, które w następstwie sprowadza obumarcie i ubytek ściany; powtóre zapalenie ciała jamistego cewki z zejściem w ropienie i zgorzel, występujące w przebiegu rzeżączki i w strykturach. Zabiegi podejmowane w celu zagojenia przetoki dają się ująć w trzy główne grupy: przyżeganie, odświeżenie i zeszycie, uretrorafija i operacyje z przesunięciem płatów, uretroplastyka. Ostatnie dwie metody zawierają liczne poddziały. Środki żrące miały tu zastósowanie od najdawniejszego czasu, a zadaniem ich jest wytworzyć tkankę ziarninową. Z góry atoli twierdzić można, że uleczenie za pomocą przyżegania da się osiągnąć tylko tam, gdzie ubytek ściany, albo względnie otwór cewki, jest nieznaczny, a zbliznowacenie niedaleko posunięte. W przetokach ropiejących, jak również i tam, gdzie po operacyi krwawéj w części tylko nastąpiła *prima intentio*, dalsze zaś gojenie odbywa się przez granulacyje, lub gdzie została przetoka włosowata, zastosowanie środka żrącego ma bardzo ważne znaczenie.

W 68 przypadkach Czernego i 6 zebranych przezemnie wykonano odświeżenie i zeszycie 42, operacyje zaś plastyczne 32 razy i osiągnięto wyleczenie pierwszym sposobem 18 razy, drugim 23 razy. Z tego porównania zdawałoby się wynikać, że operacyje plastyczne lepsze dają wyniki aniżeli uretrorafija. I pod tym jednak względem cyfry te nie mogą dać należytéj wskazówki. Czytając uważnie historyje chorób, w wielu razach bardzo pobieżne, zauważyłem, że prawie wszędzie, gdzie odświeżenie i zeszycie nie doprowadziło do celu, wykonano operacyję tylko raz jeden, podczas gdy operacyje plastyczne w razie niepomyślnego rezultatu powtarzano dwa, trzy a nawet dziewięć razy, aż w końcu osiągnięto wyleczenie. Uderza nas dalej fakt, że niemal w każdym przypadku operator był zarazem eksperymentatorem i kazdy według własnéj operował metody. Główne różnice odnoszą się do kierunku spojenia rany, poprzecznego lub podłużnego, dodania jednego lub dwóch cięć zwalniających, wreszcie do ilości płatów, które starano się otrzymać ze skóry prącia, napletka, moszen lub okolicy pachwinowéj. Rezultatem tych wszystkich usiłowań jest to, że w obec szczupłego materyjału żadna metoda nie zdołała uzyskać pierwszeństwa, że wreszcie nie można ściśle podać wskazania, kiedy da się jeszcze wykonać uretrorafija, kiedy zaś trzeba się uciec do operacyi plastycznéj. Wprawdzie niektórzy autorowie oświadczają się za jedną lub drugą operacyją, i tak: Tillaux poleca uretroplastykę, Verneuil zaś nawet w razach znaczniejszego ubytku przenosi nad nią spojenie i zeszycie, sądzę jednakże, że zdania takie wypowiedziane ogólnikowo nie przynoszą wielkiego pożytku, że raczéj umiejscowienie i rozległość przetoki w danym przypadku muszą wskazać operatorowi, którym z tych dwóch sposobów łatwiéj da się osiągnąć wyleczenie, a liczniejsze dopiero doświadczenia pozwolą może i w tym kierunku pewniejsze podać wskazówki.

Główną przeszkodą w gojeniu się ran cewki moczowéj jest, jak wiadomo, szkodliwy wpływ moczu, który tak mechanicznie jak i chemicznie drażni zespojoną ranę i niweczy świeżo wytworzone zrosty. Wpływu tego obawiali się wszyscy operatorowie i głównèm ich zadaniem było powstrzymać dopływ moczu do rany. Starano się osiągnąć to w rozmaity sposób w miarę, jak który z nich okazał się niedostatecznym, a zwłaszcza, jak zmieniało się mniemanie o wpływie moczu na gojenie ran. Już Cooper chciał osiągnąć to zadanie przez założenie kateteru *à demeure* i licznych znalazł naśladowców. Doświadczenie atoli wykazało wkrótce, że ten sposób nie tylko nie jest pewnym, ale nadto często niebezpiecznym. Spostrzeżenie, że przy obecności dwóch przetok odśrodkowa łatwo się goi, skoro odprowadza się mocz dośrodkową, którąto okoliczność kilkakrotnie z pomyślnym skutkiem zużytkowano, nasunęło Segalasowi myśl, aby przez prowizoryczne otwarcie cewki moczowéj na międzykroczu usunąć dopływ moczu do rany i tym sposobem polepszyć warunki gojenia. Myśl tę podał już był Dieffenbach (*Chirurg. Erfahrungen.* 1829 Str. 101). przeszła ona jednak niespostrzeżenie i dopiero, gdy Ségalas dwa bardzo znaczne ubytki usunął, poszli za jego przykładem inni, jak Ricord, Goyrand, Sédillot, Stromeyer. Znaleźli się również i przeciwnicy, którzy nie uznając téj metody za pewną i dosyć bezpieczną, polecają inne. Odrzuca ją Dittel (*Deutsche Chirurg.* T. 49. Str. 240), polecając natomiast wysokie przekłucie pęcherza i założenie podanego przez siebie przyrządu (*Ibid.* Str. 185) w celu odprowadzenia moczu bezpośrednio z pęcherza. Tillaux (*Bull. et mem. de la Soc. de chir. de Paris* T. X, p. 954), omawiając terapeutyczne zabiegi w leczeniu przetok, twierdzi, że głównym powodem ujemnych wyników jest ropienie, wywołane pozostawieniem cewnika przez czas dłuższy, jak również szkodliwy wpływ moczu dostającego się do rany. Zarzuca on polecane cięcie na międzykroczu, jako sposób, zdaniem jego, rzecz niepotrzebnie wikłający, a zaleca wykonywać dwa razy dziennie punkcyję pęcherza, albowiem tylko to postępowanie uważa za zupełnie nieszkodliwe.

Pemberton wreszcie przemawia nawet za punkcyją pęcherza wykonaną przez odbytnicę. Tak więc i w tym kierunku zapatrywania są jeszcze bardzo odmienne. Pozostawiając sobie wypowiedzenie kilku moich uwag w tym przedmiocie do rozbioru przypadku operowanego przez prof. Mikulicza przystępuję do opisu tegóż.

Salomon Rosenfeld, lat 12 liczący, z Tarnowa. W czwartym roku życia miała mu służąca zacisnąć nicią cewkę moczową, aby tym sposobem odzwyczaić dziecko od nocnego moczenia. Gdy stan dnia następnego został odkryty, członek był mocno obrzmiały i zaczerwieniony a nitka głęboko wciśniętą. Powstała rana, przez którą w kilka dni później począł odpływać mocz, a stan ten utrzymuje się do téj chwili, przyczém chłopiec cieszy się zresztą zupełném zdrowiem. Badanie wykazuje, że prącie zostało przecięte tuż po za żołędzią w kierunku poprzecznym tak głęboko, że cewka moczowa razem z ciałem jamistém téjże została w całości oddzieloną, a żołądź wisi, jakby na szypułce, na ciałach jamistych prącia. W skutek zbliznowacenia i zaciągnięcia przeciętych powierzchni, oddalenie obu odcinków cewki wynosi przeszło pół centymetra. Przez obie części cewki moczowéj daje się przeprowadzić kateter Nr. 8 Char. Przy oddawaniu moczu cała jego ilość odpływa otworem nieprawidłowym. Mocz zupełnie prawidłowy oddziaływa kwaśno. (Dok. nast.).

II. O szparze środkowéj oka.

Podał Dr. Konrad Rumszewicz,
okulista okręgowy w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Wzajemny stosunek błon oka w obrębie szpary możemy, za przykładem Remaka, uznać trojaki: 1) W okolicy szpary

znajdujemy zupełny brak naczyniówki, nie mówiąc o resztkach jéj w postaci kropek barwikowych, które zresztą należeć mogły zarówno do naczyniówki, jak do błony ciséj (przypadki Streatfeilda, Talki, Montméi, Schweiggera, 2-gi przypadek Weckera, 4-ty Schnabla, 2-gi Meyera i 2-gi mój.). O ile przechowała się w tych przypadkach siatkówka, trudno stanowczo orzec, z powodu iż sprawność siatkówki często zbyt niedokładnie zbadaną była. Prawdopodobnie widzenia naośnego właściwie nie mieliśmy wcale, wyjątek stanowi chyba przypadek Montméi (w którym wzrok był prawidłowy), lecz jestto przypadek *sui generis,* nadto szpara zajmowała tu tylko część plamy żółtéj. 2) W drugim szeregu przypadków naczyniówka i siatkówka lepiéj były zachowane, znajdowały się naczynia, znaczniejsza ilość barwika, nadto tkanka szarawa, która wyraźnie występowała na tle lśniącém, w skutek odbicia się światła od białkówki (przypadki Hirschberga, Schnabla, 1, 2, 3 i 5, Fuchsa, 1-szy przyp. Meyera i Remaka). W moim pierwszym przypadku, jakkolwiek w obrębie szpary nie było wcale naczyń siatkówki, ani też spostrzeganéj w innych przypadkach błony szarawéj, jednakże porównanie wykazanéj zapomocą perymetru przerwy środkowéj z obrazem wziernikowym szpary wyraźnie dowodzi, iż przerwa stosunkowo o wiele była mniejsza, czyli że nieczuła siatkówka w obrębie szpary położona niewrażliwą była na światło. To samo znalazł Remak. 3) Wreszcie w ostatnim szeregu przypadków (Reicha, Schmidt Rimplera, Weckera) pomimo że naczyń naczyniówki wcale nie było, a pozostawała li tylko nieznaczna ilość barwika, w obrębie szpary siatkówka o wiele lepiéj zachowaną była, tak iż wzrok był prawidłowy, lub też co najwięcéj mieliśmy względną przerwę środkową (*scotoma relativum*).

Jakiż jest powód powstawania opisanych zmian? Schweigger, którego przypadek zupełnie jest do innych zbliżony, wspomina o nim tylko nawiasem mówiąc o zmianach właściwych krótkowidzeniu. Streatfeild bynajmniej nie tłumaczy przypadku swego, jakkolwiek uznaje go za „szczególny." U dorosłych dobrze jest znaném cierpienie, w którém jest dotknięta li tylko okolica plamy żółtéj, mianowicie środkowe zapalenie naczyniówki i siatkówki *(chorio-retinitis centralis)*. Trudno zaprzeczyć, iż zmiany opisane mają z cierpieniem tém pewne cechy wspólne, chociaż znowu znacznie się różnią. Tak w zapaleniu środkowém, w początkowym okresie ognisko zajęte przedstawia się w postaci wypukłości barwy czerwonawéj lub żółtéj, pokrytéj prawidłową siatkówką. Późniéj ognisko zapalne płowieje, bliżéj brzegów spostrzegamy znaczną ilośc barwika, brzegi zaś same stają się zębowatemi, jednocześnie powstaje wielka ilość naczyń. Następnie mamy białą plamę zanikową z odosobnionemi plamkami barwika i odosobnionemi naczyniami naczyniówki, jednocześnie plama z wypukłéj staje się zagłębioną. Często bardzo w miejscu jednego ogniska zapalnego powstaje kilka osobnych, które łączą się późniéj ze sobą. Cechujące są nadto skargi chorych, powstające w skutek widzenia przedmiotów w postaci spaczonéj, tudzież dodatniéj lub ujemnéj przerwy w polu widzenia.

Oczywiście ani zjawiska podmiotowe, ani też przedmiotowe dane nie odpowiadają zmianom spostrzeganym w całym przytoczonym wyżéj szeregu przypadków. Z tych pierwsze pięć zebrał Manz i w pracy swéj o potwornościach oka ludzkiego *(Handbuch d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch,* tom II, str. 74) uznał w nich szparę plamy żółtéj. Schmidt-Rimpler, mając już przed sobą większą liczbę spostrzeżeń (l. c.), wypowiada zdanie, iż niektóre przypadki, opisane jako szpary plamy żółtéj, tłumaczyć możemy jako nabyte stany chorobowe. Prawdziwą szparę rozwojową uznaje on tylko w przypadkach Montméi, 1ym Weckera, Reicha, Hirschberga, Schnabla i wreszcie w swoim. Nawet w przypadku Schnabla resztki naczyń dają mu cokolwiek do myślenia, ponieważ jest zdania, iż w przypadkach szpary typowe naczynia naczyniówki zwykle nie dają się spostrzegać. Ze zdaniem jego jednakże nie podobna się zgodzić, z powodu iż: 1) zmiany przedmiotowe we wszystkich przypadkach spostrzegane znacznie różnią się od zwykłych chorobowych, 2) przypuszczeniu takiemu zaprzeczają wywiady, tudzież badania sprawności siatkówki. W każdym jednak razie uwagi Schmidt Rimplera zachęcić mogą każdego do większéj ostrożności w rozpoznawaniu szpary środkowéj, słusznie np. wskazuje on błąd, jaki popełnił Jodko (Sprawozdanie z Instytutu oftalmicznego w Warszawie, 1870) opisując jako szparę środkowe zapalenie naczyniówki. Jeśli zaś takie błędy są możebne, tém łatwiéj jeszcze uznać szparę w przypadkach spraw zapalnych powstających w pewnym ograniczonym obrębie tylnych tętnic rzęskowych. Niedawno np. widziałem następujący przypadek:

N. K., 21-letni mężczyzna, zdrowéj i prawidłowéj budowy. W lewém oku nadmiarowość 1,5D., wzrok zupełnie prawidłowy, żadnych zmian chorobowych. Prawe oko nie dowidzi, znaczny zez zbieżny, z trudnością poznaje palce w odległości 1'. Pole widzenia ścieśnione dośrodkowo, nadto zaś w pobliżu punktu naocznie widzianego znajdują się jeszcze nieprawidłowe przerwy. Tarcza nerwu wzrokowego zupełnie blada; dokoła niéj w stronie skroniowéj spostrzegamy jakby potrójny półpierścień, przez plamki barwikowe utworzony; ku zewnątrz i ku dołowi od tarczy w odległości od téjże o $^1/_2$ średnicy całą okolicę plamy żółtéj zajmuje nieprawidłowy czworobok, raczéj owal, mający brzegi nierówne i zębowate; pośrodku w kierunku południkowym przechodzi naczynie naczyniówkowe. Cały czworobok zawiera wiele barwika i znacznie jest zagłębiony. W okolicy tarczy niedomiarowość 2,75D., w środku zaś plamy, przy badaniu naczynia —4D. Naczyń siatkówki w obrębie plamy nie spostrzegamy. Ku zewnątrz i ku dołowi w naczyniówce znajdują się jeszcze dwie niewielkie plamy zanikowe, pozostałe części dna oka są prawidłowe, tylko w pasemku tkanki naczyniówkowéj położonéj pomiędzy tarczą a wielką plamą również spostrzegamy znaczne zmiany barwika. O cierpieniu swém chory nie wiele umiał powiedzieć, rodzice zaś jego stanowczo upewniają, iż wzrok utracił w 7ym roku życia po przebytéj ospie.

W przypadku tym mamy co prawda dość znaczne zagłębienie, lecz natomiast wyraźne ślady sprawy zapalnéj dokoła tarczy i wyraźne w niéj zmiany zanikowe, nierówne brzegi plamy i zmiany w naczyniówce w pobliżu plamy spostrzegane dowodzą sprawy zapalnéj w okolicy tylnego bieguna powstałéj, w obrębie rozgałęzienia pewnego pocztu tylnych naczyń rzęskowych, prawdopodobnie jeszcze w wieku dziecięcym. Ze względu zaś na wyraźne dowody sprawy zapalnéj, w przypadkach tego rodzaju nie podobna uznać szpary rozwojowéj. Przeciwnie w całym szeregu przytoczonych przypadków (22) zmiany spostrzegane bynajmniéj nie miały cechy zmian zapalnych, dla tegoteż uznać w nich wypada wady rozwojowe. Chcąc znowu zdać sobie sprawę, w jaki też sposób powstać może szpara w obrębie plamy żółtéj, przedewszystkiém zwrócić należy uwagę na embryjologię plamy żółtéj.

Otóż o rozwoju jéj pierwszą wzmiankę znajdujemy

u Huschkego. W dziele *De pectine avium* (1827 Progr. § 27, patrz także *Eingeweidelehre*, str. 725), mówi on, iż w okolicy jéj u zapłodków znajduje się otwór, stanowiący resztkę początkowéj szpary ocznéj, u dorosłych zaś siatkówka w miejscu tém jest tylko znacznie cieńszą. To samo znaleźli Baier (1828) i Stark (1835). Natomiast Brücke *(Anat. Beschreibung d. menschlichen Augapfels.* Berlin, 1847) i Schöler *(De oculi evolutione in embryonibus gallin.* Dorpat, 1848) pierwsi zwrócili uwagę na okoliczność, iż plama żółta znajduje się w części skroniowéj, szpara zaś oczna w dolnym i wewnętrznym wycinku oka. Następnie, jakkolwiek niektórzy badacze u 8- a nawet u 4-miesięcznych zapłodków ludzkich spostrzegali w okolicy plamy żółtéj żółtawe zabarwienie i zagłębienie, nadto chociaż bezwątpienia pośmiertne, lecz dziwnie stałe i jednostajne powstawanie fałdu w okolicy plamy żółtéj, Kölliker jednakże *(Entwickelungsgeschichte*, 1879, str. 684) stanowczo twierdzi, „iż u zapłodków ludzkich plama żółta nie istnieje, nie daje się nawet spostrzegać u noworodków“. Niezważając jednak na to Manz (*Graefe u. Saemisch* tom II), w celu wytłumaczenia cienkości siatkówki, jako też kierunku włókien nerwowych i naczyń w okolicy plamy żółtéj, nie waha się przypuszczać, iż sama plama żółta powstaje w obrębie szpary ocznéj. Mianowicie, zdaniem jego, zajmuje ona górną część téjże, część zaś ta w ten jakoby sposób ma powstawać, iż szypułka następczego pęcherzyka ocznego początkowo tylko ogranicza szparę ku górze, późniéj zaś szpara daléj się posuwa, w skutek czego powstały z szypułki nerw wzrokowy nie stanowi już więcéj granicy szpary (ku tyłowi lub ku górze). Prócz Manza istnienie téj długiéj szpary przypuszczali również Stark, Reich, a wreszcie Van-Duyse. Jeśli zaś szpara tak daleko jest ku górze posunięta, nadto w dalszym ciągu rozwoju gałka oczna okręca się dokoła osi (*Ibid.* str. 83), zdawałoby się, iż przez to samo łatwo da się wytłumaczyć rozwój plamy żółtéj w obrębie szpary ocznéj.

Tak tłumaczy rzecz Manz; Kölliker (l. c.), dla którego tłumaczenie takie widocznie jest ponętném, słuszną przecież czyni uwagę, iż dotąd nikt jeszcze nie zbadał stopniowego rozwoju plamy żółtéj, co do którego nietylko żadnych nie znamy szczegółów, lecz nawet nie wiemy kiedy następuje. Toż samo prawie wypowiada Schwalbe w swéj *Anatomie der Sinnesorgane* (1 Lief., str. 114, 1883).

Nadto przypuszczeniu Manza zaprzeczają następujące fakta: 1) Manz utrzymuje, że plama powinna powstawać w obrębie szpary ocznéj, wypadałoby zatém, iż u człowieka przed 7 tygodniami, ponieważ wiemy, że do tego czasu szpara oczna zarasta, u ptaków zaś, przed końcem 9go dnia, gdyż według badań Mihalkovicza szparę u nich w końcu 8go dnia zupełnie już zapełniają włókna nerwu wzrokowego.

2) Wiemy, że w obrębie dołka środkowego siatkówkę stanowi wyłącznie prawie warstwa pręcików i czopków, z tą tylko różnicą, iż pręciki znikają, miejsce zaś ich zastępują li tylko same czopki; wiemy wszakże z prac Babuchina i M. Schultzego, iż rozwój warstwy téj stanowi jakby epilog rozwoju siatkówki, odgrywający się nadto zaledwie w końcu życia śródmacicznego, u zwierząt zaś rodzących się ciemnemi dopiero po urodzeniu.

3) H. Müller dowiódł, iż u ptaków i u płazów znajdują się pięknie zbudowane plamy żółte, jednakże tu okolicę zapłodkową szpary ocznéj, oznacza raz na zawsze powstający w jéj obrębie grzebień *(pecten)*. Według teoryi Manza u tych gatunków oba utwory winnibyśmy znajdować ledwo nie w jedném i tém samém miejscu.

4) Manz utrzymuje, iż jeśli początkowo tylny (górny) kres szpary ocznéj utworzony jest przez szypułkę pęcherzyka ocznego, nie dowodzi to jeszcze, aby następnie kres ten koniecznie miał stanowić powstający z szypułki nerw wzrokowy. Manz utrzymuje, iż jest wręcz przeciwnie, ponieważ szypułka stanowczo i nieodmiennie odgranicza ku tyłowi szparę i następnie znów całkowicie, że tak powiem, zużywa się na rozwój nerwu wzrokowego, stanowiąc co najmniéj trakt do wędrówki (His) odśrodkowéj włókien nerwowych, wreszcie téj części nadszypułkowéj szpary dotychczas nikt z nas jeszcze nie widział, jedynego zaś własnego spostrzeżenia Manza o dokładność nikt chyba nie posądzi.

5) Hirschberg (l. c., str. 189) słuszną robi uwagę, iż „dla wytłumaczenia“ (powstawania) „środkowéj szpary w siatkówce bynajmniéj nie jest niezbędném przypuszczenie okręcania się gałki“ (dokoła osi) u zapłodka. Ponieważ w pewnym wczesnym okresie miejsce geometryczne plamy żółtéj zawsze znajduje się w obrębie szpary ocznéj, pozostaje przeto tylko przypuścić, iż przy zakryciu przedniéj części szpary w tylnéj jéj części, brzeg wewnętrzny siatkówki, zwrócony ku nerwowi wzrokowemu, wyrasta szybciéj, w skutek czego powstaje właśnie przerwa w środkowéj części siatkówki.

6) Schmidt-Rimpler zaprzeczając, jakoby niezupełne zamknięcie szpary wywołać mogło powstanie szpary środkowéj u dorosłych, zwraca uwagę na okoliczność, że w takim razie szpara miałaby nadzwyczajne wymiary, mianowicie w jego przypadku musiałaby jakoby równać się 16,7mm., w przypadku zaś pierwszym Schnabla 19,5mm. Wszakże trudno brać zarzut ten na seryjo, z powodu, iż dotąd żadnych nie mamy danych na korzyść jednostajnego rozwoju wszystkich części składowych gałki. (Dok. nast.).

III. O objawie wypukowym Wintricha.

Napisał Dr. Smoleński.

Jak wiadomo, pierwszy Wintrich podał pewną swoistą cechę odgłosu wypukowego nad jamami płucnemi, t. j. fakt, że odgłos bębenkowy przy otwartych ustach staje się wyższym niż przy zamkniętych. Stwierdzenie objawu tego dowodzi prawie bezwzględnie istnienia jamy w płucach (z nader rzadkiemi wyjątkami), gdy brak jego bynajmniéj nie wyklucza jamy płucnéj.

Aby stwierdzić istnienie objawu Wintricha, postępujemy, tak uczą wszystkie podręczniki dyjagnostyczne, zwykle w sposób następujący: Opukując miejsce podejrzane wzywamy chorego, aby usta to otwierał, to zamykał i staramy się przytém oznaczyć, czy otwieranie ust podwyższa odgłos wypukowy, czy nie.

Otóż chciałbym zwrócić uwagę na okoliczność, że przy takiém badaniu brak podwyższania odgłosu może zależeć od zaniedbania pewnych warunków, które otwieraniu ust towarzyszyć powinny.

Wiadomo bowiem, iż koniecznym warunkiem podwyższania się odgłosu wypukowego nad jamą płucną jest współdrganie powietrza jamy ustnéj: wtenczas tylko odgłos wypukowy może stawać się wyższym, jeżeli powstałe przez opukiwanie fale powietrza jamy płucnéj wzmocnią się przez odbrzmiewanie jamy ustnéj. Owo podwyższenie będzie tém znaczniejsze, im wyższy jest równocześnie ton jamie ustnéj właściwy, t. j. przez drganie zawartego w niéj powietrza powstający. Aby odbrzmiewanie to mogło nastąpić, niezbę-

dnym warunkiem jest wolna komunikacyja między opukiwaną jamą płucną a ustną; wtenczas bowiem tylko fale powietrza jamy płucnéj mogą przenosić się na powietrze spółknującego z jamą oskrzela, tchawicy, krtani, gardła i jamy ustnéj. Ilekroć i gdziekolwiek komunikacyja ta będzie przerwaną, nie ma warunków do powstawania objawu Wintricha.

Rzecz ta rozumie się sama przez się, a przecież nie zwraca się na to dostatecznéj uwagi.

Czyż choćby najszersze otwarcie ust daje nam zawsze rękojmię, że owa konieczna komunikacyja jest wolną i nieprzerwaną? Bynajmniéj.

Najprzód bowiem chory otwarłszy nawet usta może równocześnie powstrzymać oddech i przerwać komunikacyję między jamą płucną a ustną w wieloraki sposób: zamykając szparę głosową, zamykając głośnię nagłośnią i nareszcie zamykając bramę podniebienną (kurcz łuków podniebienio-językowych i przyleganie przez to przednich łuków podniebiennych do nasady języka). O współdrganiu powietrza w jamie ustnéj (choć otwartéj) mowy być nie może, nie może więc powstać i objaw Wintricha.

O tém przekonać się łatwo. Jeżeli opukujemy krtań lub tchawicę w rozmaitych warunkach, to odgłos wypukowy tylko wtenczas podwyższa się skutkiem otwarcia ust, jeżeli równocześnie otwierać się będzie głośnia i jama podniebienna, w przeciwnym razie odgłos się nie zmienia. Takie same stosunki mogą istnieć podczas opukiwania jamy płucnéj.

Przypuśćmy jednak, że podczas badania każemy choremu oddychać; przez to zapobiegamy na pewno zamknięciu głośni, ale przestroga ta bynajmniéj jeszcze nie wystarcza, bo chory może, mimo otwartych ust, oddychać nosem, zamykając równocześnie bramę podniebienną, a tém samém znów przerwać komunikacyję między jamą płucną a ustną i znów uniemożebnić powstawanie objawu Wintricha.

Aby na pewno uniknąć tych wszystkich zawad, możnaby choremu podczas badania zatkać nos i kazać mu szeroko otwartemi ustami oddychać; w takim razie wolna komunikacyja między jamą płucną a ustną byłaby z pewnością utrzymaną. Gdy jednak wiadomo, o czém łatwo się także przekonać przez opukiwanie krtani lub tchawicy, że odbrzmiewanie jam nosowych przyczynia się również do podwyższania odgłosu wypukowego nad jamą płucną a zamknięcie nosa odgłos ten obniża, zatém i ten zabieg nie odpowiada celowi.

Już Gerhardt zwrócił uwagę na to, że odgłos wypukowy krtani zmienia się według tego, czy głośnia jest otwarta, czy zamknięta: w pierwszym razie odgłos bębenkowy jest wyższy i głośniejszy, w drugim niższy i tępszy. Zmiana ta pochodzi od zamknięcia głośni przez nagłośnię, struny głosowe górne i dolne. Zarazem dodaje Gerhardt, „że zamknięcie głośni przez same tylko struny głosowe prawdziwe, jak np. podczas wymawiania samogłosek *(a, e)*, nie wywiera żadnego wpływu na wysokość odgłosu wypukowego krtani“. Gdyby tak się rzecz miała, możnaby w celu wywołania objawu Wintricha podczas badania kazać choremu wymawiać *a* lub *e* z szeroko otwartemi usty. Przekonać się jednak można, że spostrzeżenie Gerhardta nie zupełnie zgadza się z rzeczywistością. Opukując krtań naprzemian to podczas swobodnego wydechu, to znów podczas wymawiania powyższych samogłosek, nie trudno stwierdzić, że i tu w ostatnim razie odgłos wyraźnie się obniża. Pochodzi to ztąd, że przytém nie powstaje wprawdzie „zamknięcie głośni“, ale przecież chrząstki nalewkowe razem ze strunami głosowemi zbliżają się do siebie, wąziutką tylko tworząc szparę głosową, gdy przeciwnie podczas swobodnego wydechu między strunami głosowemi daleko większa istnieje przestrzeń oddechowa. Równoczesne wymawianie samogłosek i z téj przyczyny nie nadaje się do stwierdzenia objawu Wintricha, ponieważ podwyższenie odgłosu najwybitniéj występuje nie tyle podczas wydechu, ile podczas głębokiego wdechu. Pochodzi to głównie od zwiększonego podczas wdechu napięcia ścian jamypłucnéj a prawdopodobnie przyczynia się do tego i ten wzgląd, że podczas głębokiego wdechu brama podniebienna przez obniżenie nasady języka najbardziéj rozszerza się a zarazem przez znaczniejsze niż przy wydechu rozstąpienie się chrząstek nalewkowych powstaje obszerna przestrzeń oddechowa między strunami głosowemi. To może ułatwiać przenoszenie się fal powietrza z jamy płucnéj do jamy ustnéj.

Najkorzystniejsze warunki do powstawania objawu Wintricha będziemy mieć wówczas, gdy opukiwać będziemy naprzemian to przy zamkniętych ustach, to znów przy otwartych, jeżeli w tym ostatnim razie jama płucna komunikować będzie tak z otwartą jamą ustną, jak i z otwartemi jamami nosowemi, przy równocześnie możebnie szeroko rozwartéj głośni. Mojém zdaniem warunki te istnieją wtenczas, gdy choremu podczas opukiwania każemy to zamykać usta, to znów głęboko oddychać (szczególnie wdychać) z otwartemi ustami a równocześnie wymawiać ciche, ale dla badającego dosłyszalne *„ha“*. W takim razie i gardło i jamy nosowe i głośnia muszą być otwarte i zabezpieczają wolną komunikacyję między jamą płucną a ustną (rozumie się, jeżeli komunikacyja ta nie jest przerwaną w inny sposób, np. przez zatkanie oskrzeli itp.) Owo *„ha“* najmniéj ścieśnia przestrzeń oddechową a przytém daje się bez przerwy wymawiać tak podczas wydechu, jako i podczas wdechu; prócz tego pozwala badającemu łatwo kontrolować zachowanie się głośni; bez słyszalnego wymawiania *„ha“* chory mógłby na szczycie np. głębokiego wdechu zamknąć naraz głośnię i uniemożebnić lub utrudnić wyraźne podwyższenie się odgłosu wypukowego mimo ust szeroko otwartych.

Notatkę tę polecam uwadze szanownych kolegów.

IV. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił **Dr. B. Skórczewski**
lekarz zdrojowy w Krynicy.

IV. Powiększanie się obrzęku śledziony wędrującéj podczas miesiączkowania.

Przypadek, który tutaj zamierzam opisać, wydaje mi się zajmującym z tego powodu, że znacznych rozmiarów obrzęk śledziony, oraz jéj obsunięcie się z właściwego położenia pochodziły nie ze zwykłéj przyczyny, za jaką uważamy zakażenie malaryjne, lecz tak jego rozwój jak też wzrastanie zależały od czynności w narządzie rodnym.

W roku 1881 badałem kobietę zamężną, 26 lat liczącą, bardzo niedokrewną i zdenerwowaną, nie źle jednak odżywioną a dobrze zbudowaną. Chora opowiadała, że przed czterema laty odbyła dosyć ciężki poród, po którym uczuła ból w podżebrzu lewém, a w pewien czas późniéj spostrzegła guz w brzuchu. Ten guz wzrósł bardzo szybko, w paru

dniach do dzisiejszéj wielkości. Przeprowadzała ona rozmaite kuracyje, ale wszystkie były bezskuteczne oprócz jednéj w Warszawie przed dwoma laty, pod wpływem któréj guz ten bardzo zmalał, ale znowu nagle wzrósł do dawnéj wielkości za pojawieniem się miesiączki. Ta zawsze u niéj bywa bardzo obfitą i w czasie takowéj chora leży przez 3—4 dni, gdyż tak jéj lekarze polecili, pomimo że nie znaleźli żadnych zboczeń chorobowych w narządzie rodnym. Chora mieszka w okolicy zdrowéj, wolnéj od zimnicy, mieszkanie ma suche, słoneczne, obszerne, warunki bytu dostatnie, nie ma żadnych kłopotów ani zmartwień a córeczka jéj chowa się zupełnie zdrowo.

Przy badaniu nie znalazłem w ustroju żadnych innych zmian chorobowych prócz wielkiego guza wypełniającego niemal całą jamę brzuszną. Kształt jego zbliżał się do elipsy, któréj oś dłuższa leżała w linii poprzecznéj brzucha mniéj lub więcéj w połowie między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowéj, oś zaś krótsza leżała w linii białéj. Dawał on się przesuwać, o ile nie napotykał oporu w ścianach jamy brzusznéj. Szczególniéj w kierunku ku górze można go było na całą dłoń odsunąć od spojenia łonowego a wtedy skręcał się ku podżebrzu lewemu, ku dołowi zaś wcale go nie można było zesunąć. Twardość jego była sprężystą, powierzchnia zupełnie gładką, brzegi gładkie i grube, lecz przy brzegach grubość guza była mniejszą, a zwiększyła się ku środkowi. Pewną nierówność, zagłębienie, wyczuwać można było tylko w górze po lewéj stronie w pobliżu linii białéj.

Drobnowidowe badanie krwi uskuteczniałem kilkakrotnie w ciągu leczenia, lecz nie spostrzegłem żadnych wybitniejszych zmian, jedynie iż nieco więcéj było ciałek białych w stosunku do czerwonych niż prawidłowo, ale ta różnica była bardzo nieznaczną. W moczu przy pierwszém badaniu nie znalazłem żadnych ciał nieprawidłowych, prócz bardzo nielicznych ciałek białych w osadzie, podczas gdy w tydzień późniéj w moczu było dużo białka a również nieliczne ciałka białe. Przy następnych badaniach raz jeszcze znalazłem białko a zresztą mocz bywał prawidłowy.

Po pierwszém badaniu nie byłem wcale pewnym co do przyrody tego guza, najwięcéj jednak prawdopodobném wydawało mi się, że była to bardzo powiększona śledziona wędrująca.

Ponieważ chora prócz rozmaitych leków dużo i długo używała chininu i arsenu, a działanie tych leków nie dawało dodatnich wyników, ograniczyłem się przeto do środków zdrojowo kąpielowych i do elektryczności. Po pierwszém zastosowaniu prądu przerywanego widoczném było zmniejszenie się guza i chora czuła znacznie mniejszy jego ciężar. Podobny był skutek 4 następnych posiedzeń, a wtedy chora musiała o kilka cm. skrócić opaskę brzuszną, jaką nosiła od pierwszego roku swéj choroby. Jak znacznie był wtedy ten guz mniejszym, najlepiéj przekonać się mogłem śród przesuwania go, gdyż łatwo chował się w górę pod łuk żebrowy, a tylko dolny jego koniec wystawał poniżéj pępka. W dalszym jednak ciągu prąd przerywany nie działał, guz się nie zmniejszał, dla tego zastosowałem prąd stały, a pod jego wpływem guz stawał się coraz mniejszym. Przy tém ogólny stan zdrowia znacznie się poprawił; chora szybko odzyskała siły, a również szybko ustępowała niedokrewność.

Z początkiem czwartego tygodnia kuracyi guz tak zmalał, że śród przesuwania go w górę chował się zupełnie pod lewy łuk żebrowy, a występował tylko z pod niego na szerokość dłoni przy linii przymostkowéj lewéj, któréjto linii nie przekraczał na zewnątrz. Przytém stał on się znacznie cieńszym, również cieńsze a zupełnie gładkie miał brzegi prócz wrębu, wnęki, w górze na lewo, gładką téż była cała jego powierzchnia.

Po tém badaniu nie widziałem choréj przez cztery dni, gdyż leżała w łóżku z powodu miesiączki, która przebiegała tak samo jak poprzednie. Piątego dnia badając chorą przekonałem się, że guz przez ten czas wzrósł do téj wielkości, jaką miał z początku leczenia, nadto chora utraciła swe czerstwe wyglądanie, a stała się bladą, niedokrewną.

Przez następne dwa tygodnie ani prąd przerywany, ani prąd stały ani żadne środki tak zewnętrznie jak wewnętrznie używane wcale nie działały, słowem guz ten zmniejszyć się nie dał.

Badanie nadmienionego guza w tym czasie, kiedy on był najmniejszym, pozwalało stanowczo rozpoznać, że to jest obrzęk śledziony wędrującéj. Przez cały jednak czas blizko dwóch miesięcy nie byłem w stanie nic wykryć, coby mi rozjaśniło raz przyczynę powstania tego obrzęku śledziony, powtóre jaki był związek między zwiększeniem się obrzęku a miesiączkowaniem. Co do pierwszego, to stanowczo mogłem wykluczyć bezpośredni a istotny wpływ zakażenia malaryjnego a to z następujących powodów: 1) chora nie mieszkała w miejscach malaryjnych, 2) nie przebywała żadnych cierpień, któreby do tego zakażenia odnosić można, 3) nie dostrzegano u niéj nigdy zaburzeń gorączkowych ani dawniéj ani w czasie leczenia w Krynicy, a przytém 4) chinin, arsen i wiele innych środków podawanych choréj a działających także przeciw zakażeniu malaryjnemu okazało się zupełnie bezskutecznemi, w końcu 5) jakość obrzęku śledziony według mego doświadczenia także przemawiała przeciw zakażeniu zimniczemu, albowiem w tych przypadkach obrzęk tak znacznych rozmiarów i tyle lat trwający nie bywa gładki i miękki, lecz zwykle chropowaty i twardy, co świadczy o zmianach anatomicznych w tkaninie śledziony.

Jakiego zaś rodzaju mógł tutaj być związek między narządami rodnemi a występowaniem obrzęku śledziony, to trudno bliżéj określić. Że jednak związek ten istniał, to zdaje się, nie ulega wątpliwości, gdyż za tém przemawia wiele szczegółów, mianowicie: 1) że obrzęk wystąpił szybko zaraz po porodzie, 2) że przy jego szybkim wzroście nie było zaburzeń gorączkowych, 3) że już raz zmniejszył się pod wpływem leczenia, a wzrósł napowrót w czasie miesiączki, a w końcu 4) że podobnie zachował się ten obrzęk w czasie leczenia, które tutaj opisałem.

Opisuję tutaj samą chorobę a wstrzymuję się od podania jéj patogenezy, gdyż musiałbym wkroczyć na pole przypuszczeń, dla których tém trudniéj byłoby o dowody, iż jestto jedyny przypadek tego rodzaju. Zwróciwszy jednak nań uwagę być może, że z czasem nagromadzi się więcéj podobnych zboczeń, a wtedy i tłumaczenie będzie łatwiejszém i pewniejszém.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Rosenbach z Wrocławia: O stwardnieniu tętnic wieńcowych serca.

Dokładnie zbadane i opisane są te choroby serca, których rozpoznanie i wyjaśnienie polega na prawach czysto fizycznych i fizyjologicznych, a temi są w ogóle wady zasta-

wek. Nie tak wdzięczném polem do rozpisywania się jest natomiast ta część chorób sercowych, których tłem są zmiany mięśnia sercowego, oraz tętnic odżywiających, tj. wieńcowych. Bo też tutaj braknie lekarzowi, nie tak jak tam, zwłaszcza w początkowych okresach, wszelkich prawie objawów uchu dostępnych a niezawodnych; kiedyto, gdyby mu się udało wytropić chorobę, mógłby ją jeszcze usunąć, lub przynajmniéj dalszy jéj rozwój powstrzymać jedynie przepisami hygijeniczno-dyetetycznemi. Te uwagi dotykają przedewszystkiem chorób serca, których przyczyny szukamy w stwardnieniu wieńcówek sercowych, tak częstem u osób czwarty już krzyżyk dźwigających. Niedostateczne uwzględnienie przyczyn téj zmiany skłoniło R. do głębszego zajęcia się tą sprawą i w rozprawie, z któréj wyciąg podajemy, kreśli on nam swoje zapatrywania nad tą chorobą. Pomijając nagłe zamknięcie tętn. ww. w skutek zaczopowania lub zakrzepicy, dla bezowocności zabiegów zapobiegawczych, omawia tylko powolne ich zwężenie i ostateczne zamknięcie skutkiem stwardnienia.

Stwardnienie wieńcówek sercowych jest albo samoistne albo występuje obok takiéjże zmiany w części wstępującéj tętnicy głównéj, rozwiniętéj w takim razie szczególniéj około ujścia tętnic ww. Niekiedy tylko blaszka sklerotyczna aorty zagradza ujście wieńcówek, podczas gdy w nich samych żadnych zmian nie znajdziemy. To znów wieńcówki okazują znakomicie rozwinięte stwardnienie i miażdżycę, których w aorcie ani śladu.

Powstanie stwardnienia tętnic wyobrazić sobie możemy tylko przypuszczalnie na podstawie drażnienia ściany tętnicy wywołanego uciskiem krwi, któremu oprzeć stara się tętnica. Jasną rzeczą, dla czego najbardziéj grubieje i twardnieje początek tętnicy głównéj. A choć parcie krwi w aorcie nie powinno wpływać na parcie krwi w tt. ww., odchodzących od t. gł. prawie prostopadle, to jednak, zważywszy inne okoliczności, nabędziemy przekonania, że i w tt. ww. parcie musi być takie samo, przynajmniéj w początkowych częściach, jak i w aorcie. Wiadomo, że krew do tt. ww. wpływa tak podczas skurczu serca jak i rozkurczu; następnie podczas każdego skurczu serca krew z drobnych gałązek t. w. cofa się ku jéj początkowi, podnosząc parcie w téj części tém znaczniéj, im silniejszy i dłuższy jest skurcz komórki. Ta okoliczność, jako też wspomniane przedtém zastawienie ujścia t. w. ze strony stwardniałéj tętn. gł. sprawia największe rozszerzenie pnia tętn. w. z następném stwardnieniem. Co tylko zatém zwiększa parcie krwi w tętnicach, pobudzając ich ściany do silniejszego oporu i cięższéj pracy, a niedając czasu do odpoczynku i wytchnienia, godne jest obwinienia o sprawienie tak bogatych w następstwa zmian w tętnicach wieńcowych. Oto posądzić możemy: 1) długotrwałe wysiłki cielesne, jak noszenie ciężarów, szybkie chodzenie po schodach itp. 2) częste wzburzenia umysłowe, 3) nadużywanie wyskoku i tytoniu, 4) obfite biesiady przy niedostatecznym ruchu. Ponieważ te czynniki są niekiedy wolne od zarzutu, wprowadza R. winowajcę piątego, t. j. usposobienie osobiste, które ma polegać na dziedzicznéj skłonności układu naczyniowego do téj zmiany z powodu wrażliwości układu nerwowego serca. Wyświeceniu źródła zmian sklerotycznych w tętn. ww. nadaje autor bardzo wielkie znaczenie ze względu na środki zapobiegawcze.

Objawy. Z początku skarżą się chorzy na trudny oddech przy zwyczajnéj, nawet nienadmiernéj, czynności. Czasem pojawia się duszność przy ubieraniu i rozbieraniu, podczas stolca; występuje z początku ciśnienie u góry mostka lub ból w lewém ramieniu: chory staje, aby głęboko odetchnąć, objawy znikają i tak przy każdym wysiłku silniejszym, przytém tętno jest przyspieszone, nierówne; niekiedy bez przyczyny występuje bicie serca, to znów tętno wolniejsze nad miarę. Z początku jednak spokój nocny nie jest zamącony. Dalszy postęp choroby objawia się: 1) przez pewne zboczenia w narządzie oddechowym, 2) rozszerzenie uczucia ucisku na całą górną część klatki piersiowéj, obydwa ramiona z przewagą bólu w lewém.

Rozróżnienie. Od bólu serca (dusznicy bolesnéj) różnią się te napady nadzwyczajną krótkością, tudzież tém że nie ma uczucia trwogi, nie ma bladości twarzy, ani sinicy. Napady nerwowe występują po jakiemś wzburzeniu umysłu, te zaś po wysiłku cielesnym; tutaj ból napada okolicę serca, szyję, ramiona, tam dołek sercowy; w stężeniu wieńcówek mamy nierówność tętna, w dusznicy bolesnéj zaś nie mamy jéj; w téj za to jest parcie na mocz, w tamtém nie.

Ze strony narządu oddechowego zasługuje na uwagę głęboki dźwięczny wdech podczas owego braku tchu i łagodny suchy nieżyt tchawicy i większych oskrzeli z nagłemi napadami kaszlu. Wynikiem tych zboczeń może być prawdziwa rozedma płucna. W tym razie utartym zwyczajem rozpoznają pierwotną rozedmę z następowemi napadami astmy, od czego można się ustrzedz rozważeniem wiadomości od chorego przy wypytywaniu zasięgniętych oraz innych okoliczności, mianowicie nagłości napadów i braku przerostu komórki prawéj. Następnym objawem początkowych okresów choroby jest przekrwienie i tętnienie w 2 lub 3 międzyżebrzu tuż przy mostku (w tém miejscu można wykazać stłumienie) tudzież utrudnienie ruchów lewego ramienia. W drugim okresie choroby wszystkie objawy są silniejsze, napady stają się częstsze i zamącają nawet spokój nocny, przyłącza się bezskuteczne zwykle parcie na stolec, brzuch jest wzdęty, tętno małe, bardzo nierówne. Uchem można stwierdzić: 1) nadzwyczajne wzmocnienie drugiego tonu sercowego obok małego i słabego tętna sprychowego; 2) skurczowy do ujścia aorty ograniczony szmer skutkiem chropowatości jéj ścian; 3) krótki chuchający szmer rozkurczowy tylko nad ujściem aorty. Ten objaw polega na względnéj niedostateczności jéj zastawek i pozwala prawie zawsze domyślać się stwardnienia tętnic wieńcowych.

Nie tak pewne są wyniki opukiwania, zwlaszcza w początkach choroby; na końcu znajdujemy zawsze nadzwyczajne rozszerzenie serca skutkiem złego odżywienia tudzież inne końcowe zaburzenia, jak bezdech, sinicę. Dodać należy, że w czystém stwardnieniu wieńcówek mimo znacznego osłabienia serca bardzo rzadko, lub tylko nieznaczna występuje puchlina, a odżywienie w téj chorobie ze wszystkich chorób serca najwcześniéj upada.

Rokowanie w wybitnych przypadkach jest stanowczo niepomyślne, w lżejszych zawsze powinno być oględne.

Leczenie winno polegać na usunięciu wyżéj wspomnianych szkodliwości. Wskazane jest metodycznie prowadzone głębokie oddechanie oraz uporządkowanie stolca. U osób, u których przypuszcza się usposobienie dziedziczne, autor chrzci je imieniem *cardiopathische Belastung*, u których mianowicie lada przyczyna wywołuje bicie serca, można już wczas wiele zdziałać wpływem moralnym. Z lekarstw radzi R. w łagodnych napadach *Aether sulphur.* (po 20 kropli do 1 łyżeczki) w silniejszych morfin (0,01 podsk.) nawet przy poczynającéj się puchlinie płuc; *Coffeinum natro-salic.*

i *natro benzoic.* (od 0,2 *pro dosi* kilka razy dziennie); *Natr. nitros.* (2,0—3,0:150,8 co 2 g. łyżkę); nitrogliceryne. Naparstnica w dużych dawkach wskazana w rozszerzeniu serca. W początkach działają korzystnie letnie kąpiele. (*Breslauer aerztl. Zeitschrift* 1886. Nr. 1, 2.). *S. Swierz.*

Dr. B. Lewy: **O związku jaki zachodzi między kryształkami Leydena a spirylami Curschmanna w Asthma bronchiale.** Z ostatnich lat liczne sprawozdania stwierdzają obecność kryształków w ostrym nieżycie oskrzelowym, w suchym nieżycie połączonym z rozedmą płuc, w dychawicy oskrzelowéj i w włóknikowém zapaleniu oskrzeli. Nowsi autorowie, jak Ungar i Curschmann, dokładnie i wyczerpująco podali obserwacyje nad temi kryształkami i nitkami krętemi i uważają nitki kręte za główną przyczynę wywołującą dusznicę oskrzelową, nie przypisując za to wielkiego znaczenia kryształkom Leydena. Dr. Lewy podaje swoje spostrzeżenia poczynione na chorych leczonych w gabinecie pneumatycznym Dra Lazarusa. Chorzy ci miewali od czasu do czasu albo ciężkie napady duszności *(orthopnoë)*, albo téż tylko lżejsze astmatyczne lub téż, jak to było w niektórych przypadkach, kończyło się na zwiastunach i do istotnego napadu nie dochodziło. Tych więc chorych plwociny poddawał Dr. Lewy badaniu. Zwykle musiał robić 6—8 preparatów, zanim znalazł nitki kręte lub kryształki. Dla przekonania się czy kryształki lub nitki kręte znajdują się nietylko w dusznicy, badał plwociny i w innych chorobach narządu oddechowego. Dwa główne rodzaje plwocin daje się zwykle odróżnić: 1) u tych, którzy cierpieli na przewlekły nieżyt oskrzeli bez dusznicy, były plwociny przeważnie ropne, podobne do suchotniczych z tą różnicą, że nie znajdowano w nich elastycznych włókien i prątków. Plwociny w nieżycie takim są złożone z komórek ropnych, miazgi rozpadowéj, bakteryj pomięszanych z komórkami przybłonkowemi, cylindrycznemi i przybłonkiem brukowym z pęcherzyków płucnych; 2) inaczéj wyglądają plwociny astmatyków w czasie napadów lub wkrótce przed niemi. Te plwociny złożone są z zielono-żółtych bryłek, których bywa bardzo wiele, lub téż tylko nieznaczna ilość. Bryłki takie składają się głównie z komórek ropnych, przybłonkowych a między niemi widzimy małe prawie kłaczki. Bryłki tego koloru są bez znaczenia. Za to ważnemi są innego rodzaju bryłki: żółte lub białożółte lub téż szare a nawet czarniawe. *a)* Żółte sąto albo krótkie cienkie pokręcone niteczki albo téż większe dochodzące do 1cm., bezkształtne masy ciągnące się i trudno dające się rozgnieść pod szkiełkiem. W niektórych przypadkach mają te bryłki żółtobrunatny odcień, który jest w związku z obecnością kryształków bez wyjątku w nich znajdowanych. Mikroskopowo złożone są one z okrągłych komórek wielkości komórki śluzowéj z zatartym konturem z niewyraźnym jądrem a wypełnione są licznemi ziarneczkami. Podobne ziarneczka leżą i między komórką jakby istota spajająca. Pomiędzy temi komórkami leżą właśnie kryształki Leydena. Oprócz tego w plwocinach znajduje się przybłonek migawkowy w bardzo znacznéj ilości, a tam, gdzie takich komórek jest wiele, tam kryształków mało i odwrotnie. *b)* Co do 2éj formy bryłek to te zwykle są szare lub szaro-czarne i zawierają w sobie nitki kręte Curschmana. Zależy teraz od tego, które bryłki w plwocinach przeważają, jeżeli więcéj jest szarych, jak to zwykle bywa, to mamy w takim razie szare, galaretowate, ciągnące się plwociny, które nawet przy obróceniu naczynia do góry nie wylewają się z niego, sąto tak zwane *Sputum crudum;* jeżeli zaś przeważają żółte, to mamy plwociny podobne do *Sputum globosum.* Żółte bryłki zawierające przybłonek migawkowy pochodzą z oskrzeli, a szare z pęcherzyków. Godnym jest jeszcze uwagi i ten fakt, że przybłonek migawkowy z oskrzeli i płaski z pęcherzyków znajduje się w bardzo znacznéj ilości w plwocinach astmatyków, nie cechuje to jednak dusznicy, ponieważ i w suchotach płucnych ostro przebiegających znajdujemy podobnież liczne przybłonki. Nadto w plwocinach astmatycznych znajdują się choć nie zawsze kryształki podobne do Leydenowskich, nieco jednak innéj postaci. Sąto kryształki w postaci krótkich wrzecionowatych igiełek albo w trójkątach lub rombicznych płytkach, zupełnie przeźroczystych, żółto połyskujących i zwykle w kształcie róży ugrupowanych. Niekiedy znajduje się je i w bezkształtnych bryłkach podobnych do komórek pęcherzyków płucnych, przy bliższém jednak badaniu widzimy w nich budowę promienistą. Kryształki te rozpuszczają się w kwasie octowym i solnym, a nie rozpuszczają się w ługu potasowym. Sztucznie można je otrzymać, jeżeli do preparatu doda się kroplę 1% roztworu fosforanu amonowego. Sąto kryształki fosforanu wapniowego, jakie czasem w moczu alkalicznym spotykamy. Są one bardzo podobne do kryształków Leydenowskich i nieraz mogą uchodzić za kryształki Leydena i dla tego należy zbadać zachowanie się ich w obec ługu potasowego, w którym kryształki fosforanu wapniowego łatwo się rozpuszczają. Te ostatnie bardzo łatwo sztucznie otrzymać, podczas gdy dotąd nie udało się nigdy otrzymać sztucznie kryształków Leydenowskich.

Z poczynionych przez siebie obserwacyj dusznicy autor doszedł do następujących wniosków: W tych wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, zawsze była pewna zależność dusznicy od obecności kryształków lub nitek krętych Curschmanna, w czasie zaś wolnym od astmy nie znajdowano ani jednych ani drugich. Na sam napad bezpośrednio nie mają kryształki i spiryle tak wybitnego wpływu, ponieważ *a)* były przypadki, gdzie kryształków i nitek krętych Curschmana było bardzo dużo a napad był mały lub téż skończył się na samych zwiastunach, ponieważ *b)* po napadzie chorzy czują się zupełnie zdrowymi, nie mają duszności, a przecież w plwocinach znajdują się kryształki i nitki kręte. Wkrótce przed napadem dusznicy lub téż w czasie samego napadu można być pewnym, że i kryształki i nitki kręte w plwocinach znajdziemy i odwrotnie znajdując kryształki wraz z nitkami krętemi można się wkrótce spodziewać nowego napadu. Kryształki Leydenowskie znajdował Dr. Lewy oprócz tego i w plwocinach w ostrym nieżycie oskrzeli i w nieżycie oskrzelowym włóknikowym i nawet w suchotach płucnych. Powstawanie kryształków uważa autor za zależne od łuszczącego się nieżytu oskrzeli i zwykle przy pojawieniu się kryształków mamy w plwocinach całe masy komórek przybłonkowych i migawkowych, a kryształki te dla tego regularnie przydarzają się w dusznicy, ponieważ w niéj mamy właśnie taki łuszczący się nieżyt oskrzeli i on właśnie, zdaniem autora, wywołuje napad dusznicy. Prawdopodobnie w skutek nadmiernego łuszczenia się przybłonka następuje drażnienie końcowych włókien nerwu błędnego przez te przybłonki, a w skutek drażnienia powstaje kaszel. W nieżytach, w których nie ma takiego silnego łuszczenia się przybłonka, nie ma téż i kryształków. Co do nitek krętych Curschmana autor twierdzi, że pochodzą one z pęcherzyków płucnych, że pęcherzyki wytwarzają pewną ciecz, która będąc przeciskaną w przejściu przez oskrzelki przybiera formę takiéj

nitki krętéj. Te zaś tak zwane nitki osiowe Curschmana uważa autor jako wydzielinę z gruczołów śluzowych w ściance oskrzeli znajdujących się. Że nitki kręte Curschmana nie są odlewem najdrobniejszych oskrzelków, na to dowód mamy w tém, że są one zawsze jednakowéj grubości pomimo, że są bardzo długie. Jak nieżyt łuszczący się oskrzeli prowadzi do wytworzenia się kryształków Leydena, tak nieżyt pęcherzyków płucnych do powstawania nitek krętych Curschmana. Dla tego téż nitki takie nie są właściwe dusznicy, bo je znajdujemy wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z nieżytem w pęcherzykach płucnych, jak np. w włóknikowém zapaleniu płuc, w dusznicy sercowéj, w ostrym i przewlekłym nieżycie oskrzeli, jeżeli ten przebiega z obfitém wydzielaniem się komórek przybłonkowych. Autor zgadza się na zapatrywania Ungara i Curschmana, że napad dusznicy jest wywolanym w skutek tego, że większa część oskrzelków zapchaną jest przez nitki kręte, powstaje więc przeszkoda w oddechaniu i ztąd duszność. Curschman obok tego chce widzieć jeszcze jakieś wpływy nerwowe, które mają się również przyczyniać do wywołania napadu dusznicy. Dr. Lewy w obszernéj swéj pracy starał się dowieść, że kryształki jakotéż nitki kręte Curschmana są tylko skutkiem łuszczącego się nieżytu oskrzelików i pęcherzyków płucnych, są więc one właściwe tylko jednemu obrazowi anatomicznemu, a nie klinicznemu znanemu pod nazwą dusznicy oskrzelowéj. *(Zeitschrift f. klin. Med.*, IX tom, 6 zeszyt). *Dr. J. Surzycki.*

Jasiński: **Leczenie skoliozy.**

Podział skoliozy ze względu na wskazania lecznicze na trzy okresy daje się tylko u dorosłych przeprowadzić. U dzieci zaś, u których skolioza bardzo wcześnie pojawia się czy to z powodu zmian wrodzonych w kręgach, czy też z powodu zmian nabytych w skutek krzywicy, leczenie musi być inném niż u dorosłych. Autor poleca u dzieci, które chodzić jeszcze nie umieją, noszenie ich na twardych, szerokich materacykach, do których dziecko przypiąć można zapomocą opasek, tak iż kręgosłup prawie wcale nie dźwiga ciężaru ciała bez względu na położenie, w jakiém dziecko trzymamy. U dzieci, które już siadają, stosuje autor ścisłe bandażowanie brzucha. Doświadczenia bowiem Parowa i Meyera wykazały, iż kręgosłup opiera się w znacznéj części na trzewach brzusznych a raczéj przez te ostatnie na odpornych ścianach jamy brzusznéj i w ten sposób pomaga częściom miękkim w równoważeniu ciężaru kręgosłupa. Zamiast zwykłego bandaża używa autor u dzieci skoliotycznych z zniekształconą klatką piersiową opaski umyślnie w tym celu sporządzonéj a składającéj się z peloty, która zapomocą śruby brzuch mniéj lub więcéj uciskać może. Gdy dziecko już chodzić zaczyna, poleca autor przy tych pierwszych próbach chodzenia podkładać pod ramiona pętlę, która podtrzymując kręgosłup działa jako aparat naciągający.

U dorosłych leczenie skoliozy zależy od okresu, w jakim się takowa znajduje. Okres pierwszy, gdzie jeszcze nie ma skręcenia kręgów *(strophosis)* a zmiany anatomiczne polegają tylko na zmianach w chrząstkach międzykręgowych, wymaga przedewszystkiém leczenia ogólnego, a więc odpowiedniego żywienia, ruchu na świeżém powietrzu, ostrożnéj gimnastyki, odpowiedniego ubrania, stosownego siedzenia przy pracy itp. Oprócz tego dyjetetycznego zachowania się w okresie tym specyjalna gimnastyka kręgosłupa szczególnie jest wskazaną. Tu należą ćwiczenia na trapezie, drabinie pozioméj i skośnéj i cały szereg ćwiczeń wolnych z oporem lub bez oporu dotyczących odnóg górnych i tułowia. U osób systematycznie zapomocą gimnastyki leczyć się niemogących stosuje autor leżenie na twardéj podstawie kilka razy dziennie po pół godziny. Przyrządy mające dźwigać chylący się kręgosłup w tym okresie są zbyteczne, w wyjątkowych tylko przypadkach poleca autor gorsety modelu Schlechta z Wiednia w połączeniu z szeleczkami motelkowatemi modelu Ehrlicha z Warszawy.

W drugim okresie, w którym skręcenie kręgów już istnieje, następowe zmiany w kształcie klatki piersiowéj już wystąpiły ale skrzywienie kręgosłupa przy zawieszeniu jeszcze zawsze mniéj lub więcéj się wyprostowuje, poleca autor oprócz leczenia dotychczasowego noszenie gorsetu filcowego założonego przy zawieszaniu na przyrządzie Sayra. Przy téj sposobności podnosi autor wyższość gorsetów filcowych nad gipsowemi, mianowicie ich lekkość, możebność zdejmowania i trwałość. Sposób noszenia gorsetów filcowych, polecany przez autora, różni się znacznie od sposobu, który podają chirurdzy angielscy i niemieccy. Podczas gdy tamci gorset zakładają na czas dłuższy, na kilka miesięcy, autor poleca chorym trzy razy dziennie gorset zdejmować i przy zawieszaniu się napowrót wkładać. Żaden bowiem gorset nie zdoła kręgosłupa dłużéj utrzymać w poprawionéem położeniu niż kilka godzin zaledwie, o czém autor przekonał się mierząc wzrost chorego przed zawieszeniem i po założeniu gorsetu w rozmaitych czasach. Na noc chorzy gorset zdejmują a spać poleca im autor na wznak na twardym i równym materacu. W przypadkach, w których przez zawieszenie nie można skrzywienia dokładnie wyrównać, w których jednak przez ułożenie na bok kręgosłup wyprostowuje się, używa autor gorsetu gipsowego założonego sposobem podanym przez Petersena. Układa się chorego na dwóch stołkach w ten sposób, że głowa spoczywa na jednym z nich a miednica i nogi na drugim, wypukłość zaś skoliozy skierowaną jest ku dołowi. Za pomocą pętli flanelowéj założonéj w miejscu największego wypuklenia kręgosłupa podnosi się chorego ku górze, skrzywienie w ten sposób znika i teraz zakłada się gorset gipsowy. Ćwiczenia gimnastyczne w tym okresie są również wskazane, mianowicie ćwiczenia takie, w których patologiczne skrzywienie po przeciwnéj powstaje stronie.

Skolioza trzeciego stopnia, gdzie przez naciąganie kręgosłup już kształtu swego nie zmienia, wymaga również leczenia. Leczenie to ma zapobiedz dalszemu postępowaniu sprawy chorobowéj a polega na założeniu gorsetu skórzanego (*cuirasse Mathieu*). W wielu przypadkach założenie opatrunku filcowego i mięsienie przynosi choremu znakomitą ulgę zwłaszcza w bólach neuralgicznych. Przeciwskazaném jest noszenie jakichkolwiek gorsetów w przypadkach osteomalacyi jak również w przypadkach, w których klatka piersiowa jest mocno zniekształconą a pojemność jéj bardzo znacznie zmniejszoną.

W końcu wypowiada autor zdanie, iż pomimo świetnych wyników w leczeniu skoliozy doszczętne wyleczenie téjże jest niemożliwém. (*Gazeta Lekarska* 1886. Nr. 3, 4, 5).

Dr. Sondermayer.

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Do tamponowania krwotoków nosowych użyć można z korzyścią kondona. Kondon wprowadza się cewnikiem sprężystym głęboko do dziurki od nosa, następnie wyciągnąwszy cewnik cośkolwiek naprzód, wydyma się kondon mocno i ujście jego zawiązuje się tasiemką. (*D. med. Ztg.*, 1885, Nr. 96).

○ **Wpływ rtęci na krew.** Przeciwnie niż dotąd powszechnie mniemano, jakoby leczenie rtęcią zmniejszało liczbę czerwonych ciałek we krwi, znajduje Galliard, iż liczba ich częściéj bywa zwiększoną niż zmniejszoną, gdyż zazwyczaj aż do 14 dnia leczenie stopniowo wzmaga się, poczém dopiero spostrzega się powolne zmniejszenie. Hemoglobin ciągle się wzmaga, nawet gdy i ciałka się zmniejszają. Galliard znajduje też, iż waga ciała wzmaga się w czasie trwania leczenia rtęcią (*The Lancet*, 1886. I. Nr. 4).

○ **Pasorzytnogubne leczenie wilka.** White prof. Uniwersytetu Harwardskiego opierając się na mniemaniu, że wilk jest postacią gruźlicy skórnéj i że polega na chronicznych zapalnych zmianach sprawionych w tkankach przez obecność prątków starał się o wynalezienie prostego a racyjonalnego leczenia przez zastosowanie na prątka jakiejś istoty, któraby nie naruszając tkanek zwierzęcych zabijała prątki. Pobudzony rozprawą Doutrlepointa, używał w 12 przypadkach maści i obmywań z dwuchlorku rtęci 1—2 ziarn na uncyję, a w kilku salicylu w 2—4% roczczynie W. znalazł, iż objawy w wilku w wczesnym okresie ustępowały nagle. Gruzełki powoli zasychają i bledną a skóra powraca do stanu prawidłowego w ciągu kilku miesięcy. W postaci wrzodziejącéj działanie sublimatu jest powolniejsze i o wiele mniéj pewne. Zaleca W. maść sublimatową jako więcéj skuteczną używając jéj 2 razy dziennie w postaci jednak wrzodziejącéj obmywaniom daje pierwszeństwo. Konieczną jest rzeczą mieć się na ostrożności od ślinienia, gdy środka tego używa się koło ust. (*The Lancet*, 1886, I, Nr. 6).

○ **Geolina** jest wytworem z nafty z pozoru bardzo podobnym do wazeliny i używa się jéj w podobnych celach co wazeliny. Nie ma ona nigdy jełczeć. (*The Lancet*).

○ **Amonijak w wągliku i karbunkule.** Dr. Leonidas Avendano w rozprawie czytanéj w Tow. lek. w Limie sławi wielką wartość amonijaku w wągliku i „chorobach karbunkułowych“. Mieni amonijak specyfikiem w tych chorobach i sądzi, iż powinien stanowić jedyny środek, jakiego się używa. W przypadkach czyraków zjadliwych radzi po nacięciu zapuścić do rany parę kropel roczczynu amonijakalnego według przepisu lekowzoru sporządzonego w nadziei zniszczenia prątków i w nadziei, że amonijak dostanie się do krwiobiegu zanim dostaną się prątki i że przemieni krew w płyn, w krórym pasorzyty mnożyć się nie mogą. Co więcéj sole amonowe, jak octan, należy podawać wewnętrznie a w razie najlżejszego podejrzenia należy uciec się do wstrzykiwań do żył amonijaku w ilości 10 kropel roczczynu według lekowzoru rozcieńczonych w równéj ilości wody przekroplonéj. W przypadkach zjadliwego oedema i gorączki karbunkułowéj należy mikroby bezpośrednio we krwi niszczyć wstrzykując amonijak do krwiobiegu. Autor podaje opis kilku przypadków, w których natychmiast nastało polepszenie a następnie wyzdrowienie u chorych na pozór umierających przy użyciu powtarzanych amonijakalnych wstrzykiwań do żył. (*The Lancet*, 1886, I, Nr. 2).

○ **Antipyryn jako haemostaticum.** Antipyryn często obecnie używany w leczeniu gorączek dla obniżenia ciepłoty okazał się cennym środkiem w innym jeszcze kierunku w ręku jednego z włoskich chirurgów Dra Casaltego, jako środek haemostatyczny. W przypadku *epistaxis* użytym został w postaci 5% roczczynu, a także raz po operacyi powstrzymano krwotok w ciągu 3 minut używając 4% roczczynu. Dr. Casati uważa antipyryn za lepszy od półtora chlorku żelaza lub rozpalonego żelaza przy tamowaniu krwotoku, bo rana po jego użyciu pozostaje zupełnie czystą i bez wszelkiego strupa. Ma też nad ergotynem tę zaletę, że nie jest trującym nawet w znaczniejszych dawkach a jego przeciwgorączkowe i przeciwgnilne własności w wielu razach są bardzo korzystnemi. (*The Lancet*, 1886, I, Nr. 3).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 2 grudnia 1885 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 24.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Kol. A. Gluziński podaje, że z operowanych przez Mikulicza przypadków miał sposobność kilka dokładnie obserwować; z tych szczególniéj co do dwóch chciałby zrobić kilka uwag. Jeden z nich powiększył następstwo po wyłuszczeniu wola o jednę zmianę, przybywa nam bowiem w szeregu objawów następczych jeszcze padaczka. Że w przypadku tym obok tężyczki mieliśmy do czynienia z typowemi napadami padaczki, nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Napady te postrzegał kol. G. dosyć często podczas pobytu choréj w klinice prof. Korczyńskiego. Przypadek nie stoi już odosobniony, bo przed chwilą słyszeliśmy opowiadany przez prof. Obalińskiego, o tyle jeszcze ciekawszy, że podczas napadu występowało rozszerzenie źrenicy po stronie za drugim razem operowanéj, t. j. lewéj. Fakt ten ostatni wskazujący w każdym razie na pewną zmianę w nerwie współczulnym lewym, mógłby nam posłużyć za podstawę do wytłumaczenia, gdzie należy szukać przyczyny padaczki w podobnych okolicznościach. Że u ludzi nawiedzanych padaczką dość często znajdowano zmiany w n. współczulnym, wystarczy przytoczyć wyniki badań Echeverii. Jako przyczynek przytacza kol. G. również przypadek obserwowany w klinice prof. Korczyńskiego, a który opisał w sprawozdaniu z kliniki lek. za rok 1874 do 1878 str. 131. Dotyczył on mężczyzny lat 46 liczącego który od lat 8 cierpiał na padaczkę. Badanie u chorego tego, z wyjątkiem przerostu lewego serca w narządach wewnętrznych innych zmian nie wykazywało. Zato na szyi i głowie napotkano obiedwie tętnice dogłowowe, skroniowe i tyłogłowowe, przeważnie po stronie prawéj, mocno rozszerzone, wężykowate, z widocznemi rozgałęzieniami łączącemi się pomiędzy sobą. Na szczycie głowy tętniak wielkości orzecha włoskiego, a nad nim szmer skurczowy, podobny szmer, tylko niższy, słychać nad czaszką w miejscach oddalonych od naczyń (na czole), który więc był śródczaszkowy. Zmiany te wszystkie, a szczególnie uwagę chorego zwrócił tętniak, który spostrzegł przed 8 laty, na pewien czas przed napadem padaczki. Wśród dwukrotnego napadu, jaki obserwowano w czasie pobytu chorego w klinice, dodać należy, że w obydwóch razach tętnice na głowie były mocno rozszerzone i mocno tętniały. W przypadku więc tym rozszerzenie naczyń czaszkowych, nie ulega zaś wątpliwości, że i śródczaszkowych (szmer śródczaszkowy) a w związku z tém zaburzenia w krążeniu ośrodków, poprzedzając wystąpienie napadów, może być uważane za podstawę padaczki, zwłaszcza, iż podczas samego napadu stwierdzić było można rozszerzenia większe i mocniejsze tętnienia wspomnianych tętnic. Dla rozszerzenia zaś naczyń na czaszce w obec braku innych przyczyn przypuścić wypada koniecznie porażenie nerwów naczynioruchowych, a jako punkt wyjścia tak dla zmian w naczyniach, jak i następowéj nerwicy, zmianę chorobową w n. współczulnym. W przypadkach więc opisanych przez proff. Mikulicza i Obalińskiego, zwłaszcza w tym ostatnim, w obec rozszerzenia źrenicy podczas napadu przyczyny padaczki — zdaniem kol. G., szukać też należy w pewnéj zmianie w n. współczulnym, która powstała czy to podczas saméj operacyi, czy podczas procesu gojenia. Ważnym przyczynkiem w kierunku leczniczym jest przypadek przytoczony przez prof. Mikulicza, dotyczący wyłuszczenia wola w chorobie Basedowa. Korzystając z nastręczonéj sposobności badał kol. G. przypadek ten przed i po operacyi. Że mieliśmy tu do czynienia z rzeczywistą chorobą Basedowa, a nie z objawami pochodzącemi od ugniatania n. współczulnego przez znacznie powiększony gruczoł tarczykowy, dowodzą fakta stwierdzonego wytrzeszczaka obustronnego, zniesienia współruchu powieki górnéj i gałki ocznéj przy obniżaniu i podnoszeniu płaszczyzny patrzenia (objaw Graefego) oraz brak zmian w rozmiarach źrenic. Dodać winien, że u téj choréj badanie fizyczne wykazało powiększenie serca w obu wymiarach i szmer skurczowy nad wszystkiemi ujściami. Akcyja serca silnie wzmożona i przyspieszona. Operacyja wywarła namacalny skutek, gdy w jakie 3 tygodnie chora badana przedstawiała już akcyję serca spokojną, roz-

miary jego prawidłowe, tony zupełnie czyste, wytrzeszczak mniejszego stopnia. — W jaki sposób wyłuszczenie wola wpływa tak korzystnie na przebieg choroby, kol. G. wytłumaczyć sobie nie umie pozostaje jednak faktem, że w przypadkach, gdzie środki używane w téj chorobie okażą się bezskuteczne, a zwłaszcza gdy sam wól wywołuje groźniejsze przypady, warto uciec się do zabiegu chirurgicznego. — Kol. Cybulski zauważył, iż ze względu na rozmaitość objawów chorobowych występujących po usunięciu gruczołu tarczykowego, trudno jest przyznać, żeby te objawy były następstwem pozbawienia funkcyi gruczołu, gdyż w takim razie miałyby miejsce tylko pewne zmiany, zawsze mniéj więcéj jednostajne. Że zaś podobne nie występują przy resekcyi gruczołu dokonywanéj przez prof. Mikulicza, można więc przypuszczać, iż są one wyrazem zmiany funkcyi nerwów przebiegających obficie w téj okolicy, i że zostawiając część gruczołu pokrywającą takowe, już przez to samo usuwa się w znacznéj części tak uszkodzenie ich w czasie operacyi, jak i dalsze uciskanie przez wytwarzającą się bliznę. Ucisk czuciowych nerwów w bliźnie może wywołać pewne zmiany w systemie nerwowym; świadczą o têm badania kliniczne i doświadczenia fizyjologiczne, jak Brown-Séquarda, który u świnki morskiéj wywoływał padaczkę przez przecięcie n. kulszowego, a stan ten chorobowy objawiał się nie tylko u matki, lecz był obserwowanym i w większéj części jéj pomiotu. Ponieważ w okolicy gruczołu tarczykowego przebiega cały szereg nerwów, których funkcyje są nader rozmaite i dla organizmu bardzo ważne, przeto zmiany występujące w każdym danym przypadku mogą być inne zależnie od tego, jakie nerwy lub włókna ich zostały w czasie operacyi lub po operacyi i w jakim stopniu uszkodzone. Z przypuszczeniem têm o tyle łatwiéj zgodzić się, skoro się uwzględni, że już same zmiany w funkcyi nerwu współczulnego, zawierającego najprawdopodobniéj włókna naczynioruchowe nawet dla istoty mózgowéj, mogą być przyczyną najrozmaitszych zmian w czynnościach systematu nerwowego, jak to już zauważył i kol. Gluziński. — Kol. Korczyński zapytuje prelegenta w jakim wieku znajdowali się chorzy dotknięci tężyczką i czy ta choroba następowa nie dotyczyła przeważnie kobiet. — Kol. Mikulicz odpowiada, że istotnie tężyczka dotyczyła przeważnie młodych kobiet. — Kol. Korczyński upatruje jakąś nić wiodącą do bliższego poznania nerwic występujących po wyjęciu wola w tym szczególe, że tak padaczka jak i tężyczka zdarzają się przeważnie u kobiet, a więc u płci skłonnéj w ogóle do nerwic rozległych, jak nie mniéj w téj okoliczności, że obiedwie nerwice mogą się równocześnie pojawić u jednéj i téj saméj choréj w następstwie operacyi wola, jak to niewątpliwie stwierdzono w jednym przypadku w klinice lekarskiéj obserwowanym, co przemawiałoby za têm, że przyczyna i podstawa obydwu tych chorób następowych jest jedna i ta sama. Jaki czynnik pośredniczy tu właściwie, według obecnego stanowiska nauki na pewne żadną miarą orzec nie podobna. Wartoby przedsiębrać na nowo według naprzód ułożonego planu szereg doświadczeń na zwierzętach, któreby uzupełniły, a zapewne poniekąd i sprostowały to, co dotychczas wiemy o wpływie wyjęcia gruczołu tarczykowego. Przy téj sposobności zwraca kol. K. uwagę na spostrzeżenia lekarzy francuskich, z których wynika, że po dobrowolném zniknięciu wola miąższowego, jakie niekiedy się zdarza, zauważano niekiedy szybko powstającą niedokrewność znaczniejszego stopnia, daléj na powszechnie znany szczegół, że obrzmienie gruczołu tarczykowego występuje względnie dość często wśród cięższych postaci błednicy, wreszcie na spostrzeżenia, które wykazują, że przy szybkiém znikaniu wola wśród wewnętrznego podawania przetworów jodowych pojawia się niekiedy charłactwo, które tak co do stopnia, jakoteż co do szybkości rozwoju wprost od podawania jodu zależeć nie może. To wszystko przemawiałoby wielce za związkiem, jaki istnieje między stanem ogólnym odżywiania a obrzękiem gruczołu tarczykowego. — Kol. Pieniążek nie przeczy, że podniesione przez kol. Korczyńskiego występowanie charłactwa przy zmniejszaniu się wola, może mieć za przyczynę samo zanikanie; możnaby jednak przyjąć i inne tłumaczenie, mianowicie, że wywołuje takowe jod, jak to i w innych przypadkach wolnych od powiększenia gruczołu czasami bywa, np. w raku, gruźlicy i wadach serca. Może więc pewna nietolerancyja organizmu dla tego środka być w podobnych razach przyczyną charłactwa. — Kol. Korczyński nadmienia, że pod tym względem ma na myśli przypadki wola, gdzie przy zastósowaniu już bardzo małych dawek jodku potasu wśród szybkiego znikania wola pojawiało się charłactwo. Takich przypadków zna kilkanaście z własnego doświadczenia, a czynią one właśnie dla tego to wrażenie, że charłactwo powstaje skutkiem szybkiego znikania wola a nie skutkiem szkodliwego na odżywienie działania jodu, gdyż przy żadnéj innéj chorobie takiego działania małych dawek jodku potasu nie zauważył. Kol. K. nie przeczy, że wiele osób przetworów jodowych wcale nie znosi że w raku jod podkopuje odżywienie, że i wśród gruźlicy jod nie jest wskazany, lubo pamięta już czasy, gdzie w téj chorobie gorąco był zachwalany, że działa szkodliwie w późniejszych okresach wad sercowych, jednakże we wcześniejszych okresach wad sercowych, jakie wytwarzają się po przebytém zapaleniu osierdzia lub wsierdzia, widział bardzo często pomyślne skutki po zastósowaniu przetworów jodowych, tak samo jak niekorzystny wpływ jodu na odżywienie ogólne w niektórych postaciach wola nie jest wcale regułą lecz wyjątkiem, jednakże wyjątkiem, który względnie częściéj się zdarza aniżeli w innych chorobach. — Kol. Rosner przypomina sobie jeszcze ze swych studyjów, że prof. Dumreicher przestrzegał przed używaniem w wolu większych dawek jodu, gdyż one w téj chorobie bardzo łatwo odżywienie podkopują. — Kol. Pieniążek nie potępia zadawania jodu w wadach serca, zwłaszcza świeżych, widział jednak parę przypadków w Wiedniu, gdzie w podobnych razach jod źle był znoszony, co jednak mogło być przypadkowém tylko, a niekoniecznie skutkiem tych wad. Co zaś do gruźlicy, to nieraz miał sposobność przekonać się o szybkiém szerzeniu się nacieków szczytowych a nawet wybuchu ostréj gruźlicy śród zadawania jodu. W jego praktyce nieraz zdarzają się przypadki, w których rozróżnianie wrzodów gruźliczych od kiłowych w krtani jest niemożebném. Wtedy jod w krótkim czasie ustali rozpoznanie, lecz w razie gruźlicy na szkodę chorego; dla tego w podobnych przypadkach zadaje rtęć, jako mniéj niebezpieczną. — Kol. Warschauer podziela zdanie kol. Pieniążka, który sądzi, że jeżeli po użyciu jodu i jego przetworów wól zmniejsza się, lecz występuje charłactwo, to takowe za chorobę jodową (*jodismus*) uważać należy. Nie idzie jednak za têm, aby stan podobny dopiero po sporém użyciu jodu i jego preparatów miał powstawać. Bywają owszem przypadki, w których chorzy przez długi czas zażywają te środki ze skutkiem dobrym, gdy w innych małe już dawki wystarczą do wywołania zjawisk, objętych nazwą jodyzmu. — Zależy to prawdopodobnie od osobniczéj tkliwości (*idiosyncrasia*) chorego. — Kol. A. Gluziński zapytuje, jak często w innych chorobach chirurgicznych występuje tetania? — Kol. Mikulicz odpowiada, że nie widział nigdy. — Kol. Gluziński widział tetaniję po wyrwaniu zęba u kobiety. To zdaje się wskazywać na fakt przez kol. Cybulskiego przytoczony, że nawet zadrażnienie nerwów czulnych może ją wywołać. — Kol. Mikulicz widzi z całego toku dyskusyi, że wytłumaczenie teoretyczne następstw po wyjęciu wola powstających nie jest dotąd jasne, i że wymaga dalszych jeszcze prac, ale zarazem stwierdza z przyjemnością, że resekcyja wola zamiast zupełnego wyjęcia takowego okazuje się w praktyce jako zbawienne i chroniące w znacznym stopniu od niekorzystnych następstw. Co do przypadku przytoczonego przez kol. Obalińskiego, przypomina kol. M., że pierwszy przypadek resekcyi wola ogłosił Dr. Schramm już na Zjeździe poznańskim jakotéż w Przeglądzie Lek. w roku 1884, a zatém o pół roku wcześniéj, nim kol. Obaliński operował. Spostrzeżenia zrobione w tym przypadku po drugiéj operacyi są nader ciekawe i niezawodnie ważne dla kwestyi całkowitego wyłuszczenia wola; trzeba jednak przypuścić, że w tym przypadku przecież nie wykonano typowéj resekcyi według metody kol. M. — Kol. Prus nadmienia o doświadczeniach Schiffa wykonanych w ostatnich czasach na psach. Wycinał on gruczoły tarczykowe a następnie zaszywał do jamy otrzewnowéj. — Z doświadczeń tych wynikało, że psy, którym wycięto gruczoły tarczykowe i włożono do jamy otrzewnowéj, rychło powracały do zupełnego zdrowia, podczas gdy te, u których poprzestano tylko na samém usunięciu gruczołów, ulegały groźnym zboczeniom w odżywianiu. Z tego wniósł Schiff, że gruczoł tarczykowy odgrywa ważną rolę w chemizmie ustroju, wytwarzając prawdopodobnie jakiś ferment niezbędny dla takowego. Doświadczenia te jednak nie są wcale przekonywające, gdyż znane są przypadki zupełnego wycięcia gruczołu tarczykowego u ludzi, bez pojawienia się jakichkolwiek następowych zboczeń. Gdyby zaś wnioski Schiffa

miały być niewątpliwemi, w takim razie resekcyja wola metodą kof. Mikulicza czyniłaby i temu wskazaniu zadosyć; pozostawiając bowiem część gruczołu, zapewnia organizmowi obecność owego fermentu, który dla odżywiania ma posiadać tak ważne znaczenie. *Dr. Dobruchowski.*

VII. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

III.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Powyższy rzut oka na ogół miejscowości bez zaprzeczenia przedstawiających najgorszą sytuacyję zdrowotną, podaje mi możność zrobienia wzmianki o tych jeszcze punktach, które warunkami swego klimatu, rozwojem chorób zakaźnych, dżumą wybuchającą tu często po krótkich tylko przerwach, zasługują na szczególne uwzględnienie.

W kategoryi tego rodzaju okolic perskich zasługuje na wzmiankę prowincyja Azerbejdzan, gdzie miejscowości zwane Uzum-Dere, Sandży-Bułak, Detzi-Mansur posiadają wyjątkowo złe warunki zdrowotne, i gdzie właśnie w krótkim dziewięcioletnim okresie czasu sześć razy grasowała dżuma. Jestto okolica rozciągająca się na południe wybrzeży jeziora Ourun, bagnistych i poprzerzynanych licznemi strumieniami, które w porze większego zasobu wody zalewają całą okolicę tworząc obszerny łan, po opadnięciu wód przeobrażający się w trwałe bagniska. To samo dotyczy okolic Tebryzu, stolicy Azerbejdzanu, zawdzięczających także swój nieszczególny klimat licznym bagnom w pobliżu utworzonym opadem wód jeziora Ourun ku stronie wschodniéj, aż ku skłonom olbrzymiego pasma Sahend-Kuth. Również dolina rozciągająca się po nad wybrzeżami rzeki Karangu w kierunku jéj zachodnio-wschodnim i sięgająca na południe ku skłonom pasma Demirlu, a na wschód do wybrzeży rzeki Dżangatu jest sławną ze swych bagnisk têm się cechujących, że są zamknięte w kotlinie bardzo mało zaludnionéj z przyczyny panujących tu zabójczych malaryj. Wreszcie między południową granicą Azerbejdżanu i perskim Kurdystanem rozciągasię bardzo obszerna dolina tu i owdzie tylko zaznaczona wydatniéj falującą się powierzchnią, dzięki licznym rozgałęzieniom się rzeki Kyzył-Uzun, obfitująca w dominujący zasób wilgoci i obszerne łany bagnisk. Tutaj zamieszkuje ludność, należąca częścią do plemienia turkomańskiego, a częścią kurdzka, zwąca się szczepem Karrus, o któréj już wspomniałem mówiąc o przeniesieniu się tegoroczněj dżumy z téj okolicy do Mausurabadu. Cała też ta dolina wzbudza prawdziwą obawę w każdym zmuszonym do jéj przebycia, często też zdarzyło mi się słyszeć opowiadania, że podróżni i przewodnicy towarzyszący karawanom, przebywając zacytowaną dolinę, aby się przedostać do Tebryzu lub Kazwinu, wszyscy bez wyjątku ulegli zimnicy, nieraz wikłającéj się z bardzo groźnemi objawami. Doświadczył tego i Dr. Kastorsky, delegat sanitarny rosyjski, udający się z Kazwinu do Hanequine. Całe jego otoczenie, służba i dodani do eskorty wojskowi, przez przejazd tylko doliną, doznali wpływu fatalnego tutejszego klimatu.

Na wschód od Azerbejdżanu i po przebyciu olbrzymich pasm górskich Talisz i Elburz, przedostajemy się do prowincyi zwanéj Mazanderan, doliną rzeki Sefid-rud przedzielonéj od sąsiadującego z nią Gulanu, którato nazwa w języku perskim wyraża kraj bagien. Prowincyje te z ich stolicami Reszt i Balferusz, ciągnące się wybrzeżem zachodnio-południowém Morza kaspijskiego, sławne są ze swych ogrodów owocowych, obszernych dębowych lasów, z uprawy najwyborniejszych gatunków ryżu, lecz w téj ich sławie przygnębionych warunkami zdrowotnemi gorszemi jeszcze niż gdziekolwiek indziéj w Persyi, prostém następstwem bardzo znacznego zasobu wilgoci, podtrzymywanéj tu niezliczonemi zbiornikami wód, a niemniéj téż wywołującéj rozkład gnilny istot organicznych, roślin i drzew pokrywających całe przestrzenie, stale prawie pod wodą pozostające. Tato właśnie okoliczność sprzyja tu rozwojowi zaduchów gnilnych i jest wiecznem źródłem chorób zakaźnych. Powierzchnia tych prowincyj nie jest wyniosłą; nieznacznie skłania się ku morzu i têm swém położeniem sprzyja bardzo stagnacyi wód. Klimat więc jest tu gorący i wilgotny. Zimna są łagodne i śniegi spostrzegłem tylko na północnych szczytach górskich. W ciągu grudnia i stycznia panują tu wiatry z kierunkiem północnym i północno-wschodnim, napędzając w te strony chmury nadmorskie. Te ostatnie, zatrzymane w swym pędzie pasmem Elburz, przeobrażają się w ulewne deszcze, których ilość, powiększona jeszcze topnieniem śniegu, zalewa całe doliny. Podobne powodzie mają zwykle miejsce w lutym, okresie czasu, w którym panują tu także wiatry gorące, prawdziwe prądy pustyni. Reszt, stolica prowincyi, zbudowana na gruncie napływowym, łączy téż w sobie najgorsze warunki tak klimatyczne jak i meteorologiczne. Są tu części miasta, mianowicie tak zwane „Dżyrkucze", gdzie się zlewa cała ilość nieczystości, pochodzących z ustępów i t. p. i zanieczyszczająca wodę licznych tu studni. Znaczna liczba cmentarzy (podług Dra Kuźmińskiego dochodząca do 30-tu) pogarsza jeszcze ogólnie złą sytuacyję. Przy cmentarzach to zwykle znajdują się studnie, z których bywa czerpaną woda do picia, mętna, niesmaczna i posiadająca woń bagienną. Po stronie wschodniéj miasta płynie rzeka Siab-Rudbar, mająca swe ujście w zatoce Euzeli. Jestto niegłęboki zbiornik wodny, którego łożysko wypełnia się i wznosi stale naniszonemi warstwami mułu. W epoce deszczy lub powodzi cała okolica zamienia się w jednę obszerną przestrzeń bagnistą, ukrytą pod gęstym zarostem trzciny, i w porze cieplejszéj wydzielającéj szczególnie charakterystyczną woń. Wystarcza napić się podobnéj wody, ażeby natychmiast zapaść na ciężką i długotrwałą zimnicę. Ludność téż żyjąca w tak opłakanych warunkach jest tu dziesiątkowaną przez zakażenie charłacze, czerwonkę, dur, panujące tu nagminnie, do którychto stanów chorobowych wypada jeszcze dołączyć uprawę ryżu wyniszczającą siły mieszkańców o budowie ustrojowéj wątłéj i podejrzanéj. Wreszcie dżuma, zaznaczona jako epidemija w roku 1877, daléj następowe wybuchy zarazy, w stopniu wprawdzie łagodniejszym ale zdradzającym charakter nagminny, zmuszają do uważania Gulanu i Mazanderanu za ogniska, gdzie przyczyny sprzyjające rozwojowi chorób zakaźnych są trwałe.

A jednak cóż powabniejszego w Persyi nad ogrody Gulanu, z ich bujnym do podziwu kobiercem roślinnym i wonną szatą kwiatu pomarańczowego. Pojąc się ich widokiem, przebiegałem je z zajęciem, spotykając co chwila jakiś interesujący okaz roślinny, świetnie rozwinięty i jakby czekający tylko ręki znawcy, coby go wydobyła z pogardzonego siedliska i zużytkowała w terapii. Nie tylko jednak powabem ogrodów wynagrodziłem sobie moją wędrówkę. Bo oto zbierając okazy do mego zielnika, w nielicznych tu krzewach wawrzynu (*Laurus nobilis L.*) udało mi się odszukać jednę cechującą odmianę, któréj téż i nadałem nazwę *Laurus Reh-*

mani J. Imię to cenione, a dla mnie wyłącznie drogie, odbiło się w cieniu dalekich lasów Gulanu, gdy oko obcego wędrowca nurtowało ich tajemnicę, a myśl jak zwykle biegła do kraju, do swoich!

Miejscowościami, gdzie powabne krajobrazy zdają się wskazywać lepsze warunki klimatyczne, lecz gdzie sami mieszkańcy zacierają czy niszczą ich jakość, są prowincyje perskiego Kurdystanu i Lurystanu. Szczodra natura ustroiła tu całe okolice we wspaniałe łańcuchy wzgórz, zaopatrzyła je w liczne zbiorniki wody czystéj i orzeźwiającéj, okryła skłony górskie pięknym i produkcyjnym drzewnym zarostem, z bardzo urozmaiconym podkrzewiem roślin jednorocznych, słowem przygotowała niejako całe te przestrzenie dla ludności umiejącéj ocenić i korzystać z jéj darów. Korzystano téż w okresie, gdy prowincyja ta nosiła nazwę „Elymaidy“, gdy w stolicy Suzie jednoczył się przemysł i handel okoliczny. Dziś jednak mieszkańcy tych okolic zdają się tylko walczyć o pierwszeństwo z właściwymi Medami, aby swoją przysłowiową niechlujnością zmienić wyborne warunki klimatyczne na gorsze. Prowadząc życie koczujące, mieszkając przeważnie pod namiotami lub w tak zwanych „Czardakach“, złożonych z trzcinowych rogózek, plemiona kurdzkie, gdzie się tylko ustalą ze swém mieniem, tam natychmiast i bezwarunkowo wytworzą ognisko zakaźne. Po pewnym przeciągu czasu przenosząc się w inną okolicę, ciągną z sobą swych chorych, prą naprzód osłabione trzody i te ich wędrówki i przystanki zaznaczają na każdym punkcie gnojowiskami, tuż przy namiotach upadłemi i gnijącemi ciałami zwierząt, a nieraz i licznemi grobowcami! Po ustąpieniu jednego z plemion, na to samo miejsce przybywa inne, swoim pobytem znowu powiększa sterty nieczystości, które już dla nowych przybyszów stają się często zabójczemi. Rodzaj żywności, jaką się karmią, niedostateczna jéj ilość, wyroby z nabiału zwykle najgorszéj jakości, jadanie mięsa ze zwierząt chorowitych, podnoszą jeszcze wpływy niechlujności i moralnéj nędzy mieszkańców. To téż obie te prowincyje są zwykłą sceną, gdzie się szerzą choroby zakaźne, już to rozwijające się na miejscu, lub téż przywleczone drogą stosunków plemion jednéj prowincyi z sąsiadami znajdującemi się w nielepszych warunkach klimatycznych. I podobne sąsiedztwo jak Lurystanu z okolicami Szusteru i Dyzfulu, z plemieniem arabskiém Mohamet żyjącém w bagnach i kochającém się niejako w tym bycie, podtrzymując najgorsze warunki zdrowotne, jest stałą przyczyną wzajemnego komunikowania sobie chorób zakaźnych i dzielenia się nędzą, będącą następstwem dziedzicznego próżniactwa, i wytrwałością w zadowoleniu się wprawdzie okruszyną, lecz na nieszczęście brudną i niezdrową!

Daléj na wschód i nad północném wybrzeżem zatoki perskiéj plemiona rozsiadłe na przestrzeni perskiego Arabistanu są oddzielone od Khorosanu i dawnéj stolicy państwa poważném i olbrzymiém pasmem wzgórz zwanem Gillnye-Kuth. Aż do jego skłonów cała masa osiadłéj tu ludności sama sobie wytwarza nieodpowiednie warunki zdrowotne, podczas gdy ku granicom Afganistanu i Meszedowi, prócz wpływów atmosferycznych i większego stopnia ciepłoty, fanatyzm religijny stwarza warunki zdrowotne, podobne do tych, które pielgrzymi muzulmańscy stwarzają w okolicach Meki, a których wpływem stara nasza Europa nieraz była zagrożoną. W Khorosanie też groźne choroby zakaźne, a w ich liczbie dżuma, z charakterem endemo-epidemicznym, zaznaczała okres czasu od 1877-81, o któréj przebiegu pierwszy Dr. Tolozan podał dokładną wiadomość (na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu 16 stycznia 1882 r.), wzywając rządy do przesięwzięcia najenergiczniejszych środków ku polepszeniu stanu zdrowotnego téj prowincyi. Rządy dawno już odpowiedziały temu wezwaniu, lecz na nieszczęście tylko na drodze dyplomatycznéj. A wiadomo przecież, że ten sposób pośrednictwa jeżeli nie bywa poparty stosowną ilością bagnetów, pozostaje martwą tylko literą, bo piękny styl not w niczém nie zmiejsza corocznéj śmiertelności setek biedaków, których zaufanie w potężną pomoc imama Ryzy, przypędza do Koroszanu z najbardziéj odległych prowincyj wschodu muzułmańskiego.

Dla uzupełnienia przeglądu sanitarnego prowincyj perskich konieczną jest jeszcze wzmianka, wykazująca warunki zdrowotne niektórych miast. W ogóle już wiemy, że tak miasta jak i znaczna liczba osad wiejskich jest tu zaludniona mieszkańcami najzupełniéj obojętnymi na to wszystko, co dotyczy higieny, nieposiadających środków koniecznych dla zaprowadzenia pożądanych reform. Na polepszenie zaś stosunków zdrowotnych nie wpływa nawetześrodkowanie w pewnych punktach władzy i urzędników autokraty perskiego, synów lub krewnych, dbałych wprawdzie o nadanie uderzającego powabu swym rezydencyjom, ale wcale niedbających ani o ogólny stan sanitarny rządzonéj prowincyi, ani téż o usunięcie najbardziéj znanych ognisk złego. Do takich to punktów należy przed innemi miasto Reszt, któremu nie ustępuje i stolica kraju, gdzie wprawdzie rozszerzono kilka ulic, przeprowadzono rodzaj kanalizacyj systemu czysto swojskiego, lecz nie pospieszono się usunąć pewnych dzielnic, gdzie uboga klasa ludności żyje w brudach i nieochędostwie, niespotykanych gdzieindziéj. Do pogorszenia klimatu okolic stolicy przyczynia się jeszcze i wpływ bagnisk zwanych „Zareng“, rozciągających się na południe miasta i utworzonych wylewami rzeki Karedży. Dochodzą one aż do miasteczka Meskinabad, utrzymując w całéj okolicy warunki zdrowotne, pozostawiające wiele do życzenia.

Z Teheranem ubiega się o lepsze Meszed, z tym Kaszan i Kon. Stara a właściwie pierwsza stolica Persyi Ispahan, dzięki postępowym skłonnościom syna Szacha Zule-Sułtana, choć powolnie, polepsza jednak swą sytuacyję sanitarną, która do pewnego stopnia zdoła odpowiedzieć wymaganiom, jeżeli pobyt rozsądnego wielkorządcy przedłuży się tam czas jakiś. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31.1. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z gruźlicy 9 (11 z. t.); z zapalenia płuc 9 (6 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy i 1 przypadku duru brzusznego. W tygodniu od 14—20 lutego umarło z ospy: w Wiedniu 9, w Budapeszcie 8. w Pradze 3, w Rzymie 9, w Wenecyi 3, w Zurychu 3, w Paryżu 13. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 7, w Hamburgu 5, w Paryżu 15, w Londynie 11, w Petersburgu 18. Z odry umarło: w Budapeszcie 23, w Rzymie 12, w Paryżu 17. w Londynie 25, w Amsterdamie 10, w Petersburgu 19. Z płonicy umarło w Petersburgu 26. Z błonicy umarło w Warszawie 12, w Berlinie 31, w Hamburgu 9, w Wiedniu 21, w Paryżu 35, w Londynie 31, w Petersburgu 18. Z krztuśca umarło w Londynie 14,0, w Dublinie 16. Cholera pojawiła się od 6—17 lutego w Termo i Padwie (3 przypadki); w Donarnenez umarła 1 osoba z cholery, a do 11 lutego było 9 chorych na cholerę.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,4; w Brodach 47,9; w Drohobyczu 55,2; w Kołomyi 26,9; w Przemyślu 31,3; w Stanisławowie 43,1; w Tarnowie 3.,1; w Czerniowcach 32,7; w Opawie 41,9; w Warszawie 31,9; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 34,5; w Salcburgu 19,2; w Gracu 36,5; w Tryjeście 37,0; w Insbruku 41,7; w Pradze 44,9; w Bernie 34,8; w Ołomuńcu 32,5; w Budapeszcie 36,7; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Mnichowie 32,0; w Hamburgu 25,3; w Strasburgu 27,9; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 23,5; w Amsterdamie 28,2; w Bazylei 16,9; w Brukseli 27,4; w Chrystyjanii 16,3; w Genewie 25,2; w Kopenhadze 18,4; w Londynie 25,6; w Odesie 32,4; w Paryżu 28,7; w Petersburgu 35,3; w Rzymie 33,6; w Stokholmie 19,7; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 31,4. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 marca. W sprawie sądowéj znaimskiéj, o któréj niedawno wspomnieliśmy, mieliśmy sposobność poinformowania się w Wiedniu u źródła najkompetentniejszego i nabraliśmy przekonania, że w przypadku tym Sąd istotnie miał do czynienia z symulacyją świeżego złamania żeber, i że miejscowi lekarze sądowi wyzyskani zostali przez wprawnego symulanta. Orzeczenia Wydziału lek. wiedeńskiego zapadły jednomyślnością głosów, a sprawozdawca prof. Kundrat najniesłuszniéj był narażony na obelgi ze strony obrońców. Zdarzenie to atoli da pochop do pewnych reform, o których myślą w Ministerstwie sprawiedliwości, a do których należeć także będzie zmiana nieszczęsnéj taryfy, zmiany, do któréj Władze nie przystąpią bez radzenia się kompetentnych znawców.

* Dowiadujemy się, że Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich, które odbyło się d. 20 lutego, zastanawiało się także nad taryfą sądowolekarską i uchwaliło wystosować petycyję do Rady państwa, a do zbierania podpisów upoważniło lekarza powiatowego w Rzeszowie, Dra Barzyckiego.

* W Nrze 5 *Przeglądu Rzeszowskiego* z d. 7 bm. znajdujemy artykuł p. t. „O stosunkach zdrowotnych w powiecie rzeszowskim w r. 1885“ napisany przez Dra Barzyckiego. W artykule tym mieści się obraz statystyczny stosunków lekarskich i higijenicznych powiatu, osnuty na podstawie cyfr urzędowych.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z XIX jeneralnego posiedzenia Towarzystwa lekarzy bukowińskich w Czerniowcach za r. 1885, w którém obok przemówienia prezesa Dra Załozieckiego znajdujemy bilans wydatków i dochodów oraz wspomnienie pośmiertne o członku Tow. Drze Karolu Kasprzyckim, zmarłym śród pełnienia obowiązków lekarskich z duru wysypkowego.

* **Wiedeń.** Księżna Metternichowa zajmuje się zbieraniem składek, celem wysłania jednego z lekarzy polikliniki do Paryża, aby zapoznał się ze sposobem Pasteura szczepienia ochronnego przeciw wściekliźnie. Lekarzem, mającym się udać niezadługo do Paryża, jest prof. Frisch.

* **Paryż.** Drugi Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się od 18—24 października.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Moskwa.** Docent Dr. Pawlinow mianowany został nadzw. prof. kliniki lekarskiéj. — **Nancy.** Dr. Garnier mianowany został prof. chemii lek. i toksykologii.

* **Nekrologija.** W Stutgardzie umarł Dr. J. Gutbrod, przyjaciel Škody, znany z teoryi swéj o uderzeniu serca.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Stypińskiego: Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych (c. d.); Biegańskiego: Jeszcze w sprawie zapalenia płuc nieżytowego i śródmiąższowego. — W *Medycynie* Nr. 10: Majkowskiego: O zasadach, metodach i środkach leczenia chorób skórnych i wenerycznych, używanych obecnie w klinikach wiedeńskich. — W *Zdrowiu* Nr. 6: Wicherkiewicza: Kolonija wakacyjna w Poznaniu; Łuczkiewicza: Cieplice węgierskie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 bm. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym z oddziału prof. Obalińskiego, 2) następnie odbędzie się dalszy ciąg dyskusyi nad wnioskiem prof. Korczyńskiego i Gluzińskiego, wreszcie 3) kol. Pieniążek mówić będzie o postępowaniu w obec zwężeń po tracheotomii w przebiegu krupu.

Komisyja balneologiczna Tow. lekarskiego krakowskiego odbędzie w poniedziałek d. 15 marca r. b. o godzinie 5éj po południu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém prof. Dr. Olszewski mówić będzie o oznaczeniu ilości żelaza w wodzie żegiestowskiéj nowym sposobem do flaszek nalewanéj, oraz poda porównanie téjże z innemi wodami żelezistemi. Dr. Trochanowski poda wiadomość o składzie chemicznym wody iwonickiéj ze zdroju Heleny i o soli iwonickiéj. Wreszcie wniesionemi zostaną ważne sprawy administracyjne, dla których jak najliczniejsze zebranie się członków jest pożądaném, i dokonanym zostanie wybór Zarządu Komisyi na następne trzy lata.

Redakcyja otrzymała:

Sbornik Lékařský, zeszyt 2gi. Praga czeska, 1886. Zeszyt ten mieści w sobie prace Reinsberga, Rubeški, Kabrhela i Obrzuta.

Dr. J. OBRZUT: Přispěvek k nauce o buňkách obrovských. (Odbitka z powyższego czasopisma z 2 tabl. litogr.).

Piśmiennictwo lekarskie. CORNIL et BRAULT, Etudes sur la pathologie du rein, Av. 16 pl. 8 Paris, Alcan. Fr. 12.

FLÜCKIGER F. A. Grundriss der Pharmakognosie. gr. 8 Berlin, Gaertner M. 6 — M. 7.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 61.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę Asystenta przy katedrze Anatomii opisowéj, począwszy od dnia 1 kwietnia r. b.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść podania swe na ręce podpisanego dziekana aż do d. 21 marca r. b.

Kraków d. 27 lutego 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

L. 62.

KONKURS.

Wydział lekarski ogłasza niniejszém konkurs na 3 stypendyja z fundacyi śp. Józefa Dąbkowskiego, każde po 177 złr. 93 ct.

O dwa z tych stypendyjów ubiegać się mogą uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego kończący w tymże Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie; o trzecie zaś stypendyjum również uczniowie Uniwersytetu Jagiell. w tymże Uniwersytecie studyja lekarskie kończący i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy do Wydziału lekarskiego na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 25 marca 1886 r.

Kraków dnia 27 Lutego 1886.

Prof. Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tor.. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

KRAKÓW, 20 marca 1886. №. 12. Rok XXV.

I. Kilka uwag nad rakiem migdałka i bocznéj ściany gardła.

Skreślił Prof. Dr. Mikulicz.

Spotkawszy przed 3 prawie laty pierwszy przypadek raka wychodzącego z migdałka, dzieliłem to przekonanie, że cierpienie podobne nader rzadko się zdarza. Tę myśl obudza przeważna część podręczników wspominających tylko powierzchownie o cierpieniu tego rodzaju; do tegoż samego wniosku prowadzą również sprawozdania kliniczne doświadczonych chirurgów. W przeciągu 7½ roku w Wiedniu nie miałem sposobności widzenia w klinice Billrotha ani w poliklinice ogólnéj żadnego podobnego przypadku. Tymczasem w Krakowie w przeciągu 3 lat nasunęło się do badania 8 przypadków, w których rak zajął migdałek i jego otoczenie, biorąc punkt wyjścia najprawdopodobniéj z jego utkania. (Nie liczę tu innych form nowotworowych gardła, ani nawet raka wychodzącego z innych części gardziela).

Może to rzecz prostego przypadku, lub też może forma ta raka częściéj się wydarza. W każdym razie trudno to dzisiaj rozstrzygnąć. Mackenzie w długoletniéj praktyce swéj jako kierownik szpitalu dla chorób szyi i narządów oddechowych w Londynie obserwował do roku 1880 tylko siedem wybitnych przypadków, (Choroby szyi i nosa przez M. Mackenzie w tłumaczeniu niemieckiém F. Semona, Berlin 1880. Tom I. str. 107), między któremi zauważył 5 mężczyzn w wieku 22, 37, 47, 58 i 67 lat i dwie w wieku kobiety 34 i 43 lat. Dla porównania dodam, że tenże sam autor przytacza z własnéj praktyki 53 przypadków raka krtani. Nie mam zamiaru roztrząsać tu w sposób wyczerpujący powstanie i przebieg téj choroby; przeważnie miałem do czynienia z przypadkami w późnym okresie częstokroć nienadającemi się już do operacyi i dlatego też nie mogę podać własnych spostrzeżeń co do pierwszych początków tego cierpienia. Również nie będę zapuszczał się na tém miejscu w leczenie operacyjne, które w tych przypadkach należy zastósować; przed 2½ laty opisałem w Przeglądzie Lekarskim (1883 Nr. 48 i 49) zabieg operacyjny, który odtąd w kilku razach oddał mi usługi należyte; odsyłam czytelnika do téj pracy, jakoteż do rozprawy późniejszéj dotyczącéj tego samego przedmiotu, którą ogłosił były mój asystent Dr. Schramm w Gazecie Lekarskiéj 1885 pag. 117—119. Ale właśnie ta okoliczność, że przeważna część chorych przedstawiła się mi w późnym okresie, gdy już minęła pora operowania, skłoniła mnie do zwrócenia uwagi Kolegów na cierpienie, które może u nas częściéj niż gdzieindziéj się przydarza a we wczesnych okresach dobrym skutkiem odpowie leczeniu operacyjnemu. Wobec ukrytego położenia migdałków i nieznacznych jakoteż niejasnych objawów cechujących pierwsze początki choroby, trudném będzie bez wątpienia wczesne i należyte rozpoznanie w tych przypadkach; dość często szuka zbyt późno pomocy lekarza sam chory, jak to niestety zdarza się także w innych ukrytych formach raka. Nie rzadko jednak nastąpi rozpoznanie w okresie, gdzie operacyja z dobremi wróżbami jeszcze podjęta być może.

Oto przegląd przypadków, które dostały się pod moją obserwacyję.

1. D. l. 65, wdowa po urzędniku ze Lwowa. Od 15 miesięcy doznaje trudności podczas połykania w okolicy lewego migdałka. Badanie wykazuje guz owrzodziały zajmujący łuki podniebienne, podstawę języka i tylną ścianę gardła. W okolicy kąta szczęki gruczoły limfatyczne powiększone do wielkości jaja gołębiego. W maju 1883 dokonano wyłuszczenia, po 2 latach wznowienie choroby (opis bliższy w Przegl. Lek. z r. 1883 Nr. 48 i 49).

2. Mojżesz Klugmann l. 61, handlarz z Przemyśla. Po stronie lewéj znachodzi się guz owrzodziały rozciągający się na łuk podniebienny aż do brzegu podniebienia twardego. W miejscu kąta szczęki dolnéj kłęb gruczołów wielkości pięści. Operowany w marcu 1885 (bliższe szczegóły w Gazecie Lekarskiéj 1885 r. str. 118).

3 Hersch Herzig l. 42 kupiec z Turki. Od 4 miesięcy trudności przy połykaniu, od 2 miesięcy powiększenie gruczołów w okolicy kąta szczęki dolnéj. Z lewego migdałka bierze początek guz o powierzchni wrzodziejącéj szerzący się na podniebienie i gardło aż w pobliże nagłośni i nozdrzy tylnych. W październiku 1884 wykonano operacyję (przypadek ogłoszony w Gazecie Lekarskiéj z r. 1885 str. 118).

4. Mateusz Kluczyk l. 57 górnik z Wieliczki. Od ½ roku zauważył utrudnienie w połykaniu. Badanie wykazuje guz wrzodziejący, który wychodząc z migdałka lewego zajął korzeń języka i podniebienie miękkie. Obrzmienie obustronne gruczołków limfatycznych podszczękowych; po stronie lewéj ciągnie się szereg twardych gruczołów aż do obojczyka.

5. Rachel Lea Holderowa l. 48 z Kulczyna na Podolu. Przeszło od roku ból i uczucie zranienia po stronie lewéj gardła; od 8 miesięcy powiększenie gruczołów podszczękowych limfatycznych ze strony lewéj. W czasie badania napotyka się guz owrzodziały, którego punktem wyjścia jest migdałek lewy, który rozciąga się na podniebienie i ścianę gardła aż do nagłośni i powyżéj nozdrzy tylnych. Po stronie lewéj kłęby gruczołów sięgające od wyrostka sutkowego kości skroniowéj aż do obojczyka, z prawéj strony kilka mniejszych gruczołów w okolicy kąta szczęki dolnéj.

6. Antoni Gawiński l. 63 właściciel domu z Przemyśla. Od 5 miesięcy cierpi bóle przy połykaniu, od 2 miesięcy dołączyła się chrypka. Z migdałka lewego szerzy się guz owrzodziały na tylną ścianę gardziela zachodząc aż w pobliże krtani. Gruczoły limfatyczne szyi obrzmiałe ciągną się od wyrostka sutkowego aż do obojczyka.

7. Józef Barth l. 46 dozorca kolejowy z Krakowa. Przed 3 miesiącami zauważył obrzęk na szyi i bóle przy połykaniu, od 4 tygodni wystąpiło powiększenie gruczołów szyjowych. Migdałek prawy przedstawia guz owrzodziały, który rozciąga się na podniebienie, podstawę języka i przechodzi po części na szczękę górną i dolną. W okolicy kąta szczęki kłęb gruczołów wielkości jaja kurzego a poniżéj jego szereg mniejszych guzków.

8. A. P. nauczyciel z Bochni l. 37. Przed 7 miesiącami wystąpiły objawy obustronnego zapalenia migdałków i gardła, po którém utrzymuje się ciągle trudność przy połykaniu i mówieniu. Obrzmienie gruczołów lewéj strony szyi przed 4 miesiącami powstałe miało ustąpić po 3 tygodniach. Od 3 miesięcy obrzmienie gruczołów podszczękowych i szyjowych po stronie prawéj, które stale się wzmaga. Odtąd, jak podaje chory, rośnie „coś“ w gardle, prawy przewód nosowy zatkany. Badaniem wykazać można nowotwór rakowaty owrzodziały zajmujący całą prawą ścianę boczną gardła, skąd przechodzi na podniebienie miękkie i tylną ścianę gardła i nozdrza tylne. W okolicy kąta szczękowego guz z gruczołów wielkości jaja kurzego.

Wiek 8 chorych, których miałem sposobność badać, waha się między 37 a 65 rokiem; 6 mężczyzn i 2 kobiety stanowią cały szereg. W ostatnim czasie ogłosil również Küster (*Deutsche medic. Wochenschrift* 1885 Nr. 50) w Berlinie 2 przypadki raka migdałka, dotyczące 2 mężczyzn w wieku 49 i 61 lat. Zliczywszy razem wspomniane poprzednio przypadki Mackenziego, Küstera i moje wyniknie suma 17, z których 13 przypada na mężczyzn, 4 zaś na na kobiety. Płeć męzka przeważa tedy w sposób wybitny, jakkolwiek rozdzielenie nie odznacza się tu tą nieżwykłą nierównością, cechującą nowotwory rakowate jamy ust.

Według klinicznego sprawozdania Billrotha (*Chirurgische Klinik* Berlin 1879) przypada na 67 przypadków raka języka 63 mężczyzn i 4 kobiety, z 52 przypadków raków innych części jamy ust 48 odnosi się do mężczyzn a 4 do kobiet, przeto razem biorąc 111 mężczyzn i 8 kobiet = 14:1. Zagadkowém dla mnie jest uderzająco częste pojawienie się raka migdałka po stronie lewéj, u 8 moich chorych wydarzyło się to 6 razy, u Küstera w obu przypadkach. Stosunek przeto będzie jak 8:2. Obustronnego wystąpienia raka migdałka, o którém wspomina Mackenzie, nie zauważyłem dotąd. Sposób w jaki szerzy się rak migdałka w otoczenie, zasługuje wreszcie na uwzględnienie. Doliczając do 8 moich przypadków 2 opisane dokładnie przez Küstera wysnuwam z nich następne liczby:

W 10 przypadkach szerzy się rak:
na łuki podniebienia i podniebienie . . . . 9 razy
na korzeń języka . . . . 5 razy
na tylną ścianę gardła . . . . 5 razy
na górną i dolną szczękę . . . . 3 razy
ku dołowi aż do krtani . . . . 3 razy
ku górze powyżéj nozdrzy tylnych . . . . 3 razy

Pierwsze objawy wywołał nowotwór 3—15 miesięcy przed zasięgnięciem porady, lecz nie ulega wątpliwości, że w przeważnéj liczbie już wcześniéj się rozwijał nie ściągając na się uwagi chorego. Zazwyczaj doznają chorzy w początkach uczucia zranienia gardła lub odczuwają obecność ciała obcego w połyku. Zmuszeni często odkrząkiwać spostrzegają przytém nieraz domieszkę małéj ilości krwi w wykrztuszonym śluzie znachodzącéj się. Objawy powyższe winny zawsze zniewolić lekarza do dokładnego obejrzenia i obmacania okolicy migdałków. Wyraźne, choćby ograniczone stwardnienie, wrzód utrzymujący się przez czas dłuższy w okolicy migdałka, obudza zawsze podejrzenie, nawet jeśli chory nie uskarża się na znaczniejsze dolegliwości z tego powodu. Możebném jest rozwinięcie się raka jako następstwo przebytego zapalenia migdałka, za czém przemawia przypadek przytoczony pod Nr. 8. Szczególniejszą zaś uwagę zwrócić należy na gruczoły limfatyczne w okolicy kąta szczęki dolnéj. Właściwe dolegliwości, a zwłaszcza bóle przy połykaniu zwykły względnie późno się objawiać, zazwyczaj dopiero wówczas, skoro rak przechodzi na łuki podniebienne, podniebienie, język i szczęki. Kilku chorych mimo daleko posuniętego cierpienia zgłosiło się dopiero wówczas, gdy obrzmienie gruczołów podszczękowych obudzało w nich niepokój. Przykre cierpienia zwykły wówczas się srożyć, gdy fałd błony śluzowéj między górną a dolną szczęką ulegnie naciekowi rakowatemu i nowotwór zapuści się na nozdrza tylne i sklepienie gardziela. Żucie i połykanie połączone wówczas z bólami, a usta chorego przepełnione są śluzem, którego ani wydalić ani połknąć nie jest w stanie. Nozdrza tylne stają się niedrożne. Chory może oddychać jedynie przez usta a rozpadająca się masa rakowata oddaje cuchnącą wydzielinę, która bezustannie wycieka z nosa. W razie zajęcia sklepienia gardła dołączają się nadto gwałtowne bóle głowy, rozchodzące się w promieniach od ucha odpowiedniéj strony. Również i trąbki Eustachego ulegają zamknięciu, przez co słuch chorego znacznie cierpi. Szczęściem nazwać to można dla chorego, gdy rozwijające się ostatecznie zapalenie płuc, tz. *Schluckpneumonie*, położy kres jego cierpieniom.

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.
(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).
(Ciąg dalszy Patrz Nr. 10).

Na podstawie własnych spostrzeżeń i zgodnie z zapatrywaniami najcelniejszych autorów przy leczeniu przypadków dyfteryi muszę położyć nacisk na następujące prawidła:

Pierwszém staraniem lekarza wezwanego do leczenia dyfteryi powinno być, tak jak strażnika ogniowego w razie groźnie szerzącego się pożaru, zlokalizowanie epidemicznéj dyfteryi i niedopuszczenie, aby mordercza ta choroba coraz to więcéj ofiar pochłaniała — a do tego celu prowadzi oględne zastosowanie wszystkich środków zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się dyfteryi, następnie zaś przy leczeniu już nieszczęsnych ofiar téj choroby pamiętać należy zawsze o prawidle tak często powtarzaném, a niestety tak mało cenioném, że mamy przed sobą do leczenia nie chorobę, nie dyfteryję, według jednego utartego szablonu, lecz chorych, t. j. dzieci lub w ogóle osoby dotknięte dyfteryją i że w miarę wieku, indywidualności i innych przymiotów gleby, na któréj przyrzut dyfterytyczny swoje zabójcze działanie rozwija, mamy użyć skrzętnie wszelkich racyjonalnych zabiegów terapeutycznych w celu zwalczenia téj złośliwéj choroby. Musimy zatém ściśle indywidualizować, a przedewszystkiém krzepić organizm środkami wzmacniającemi, aby mógł wydalić jad dyfterytyczny; usuwać należy również miejscowe wytwory chorobowe za pomocą odpowiednich leków, czyli jedném słowem: przez harmonijne zespolenie leczenia ogólnego i miejscowego, stworzyć należy warunki jak najkorzystniejsze do pokonania podstępnéj a groźnéj choroby. Jeżeli tym wskazaniom uczynimy zadosyć, możemy śmiało powiedzieć, żeśmy przy dzisiejszém stanowisku nauki i dzisiejszych pojęciach o dyfteryi sumiennie spełnili swój obowiązek, chociażby nawet palma zwycięztwa nie zawsze w rękach naszych pozostała.

Z zabiegów lekarskich powstrzymujących szerzenie się dyfteryi największy nacisk położyć musimy najpierw na jak najściślejsze odosobnienie chorego. W tym celu należy z domu nawiedzonego przez dyfteryję usunąć wszystkie dzieci zdrowe i wywieźć je daleko, aby przeciąć wszelką komunikacyję pomiędzy chorym i osobami go otaczającemi a dziećmi zdrowemi. Dopiero po wygaśnięciu choroby, gdy już dziecko chore przez 2 lub 3 tygodnie zupełnie zdrowém się czuje, i gdy dom nawiedzony przez chorobę został sumiennie zdezinfekcyjonowanym, można dzieci zdrowe napowrót do tego domu wprowadzić. Gdyby okoliczności pozwalały, to byłoby nawet rzeczą bardzo pożyteczną, z domu nawiedzonego przez błonicę usunąć nietylko dzieci zdrowe ale nawet i dziecię chore przenieść do domu z dobremi warunkami higijenicznemi, przez co usuwa się ustawiczny wpływ czynników szkodliwych oddziaływających na chorego w domu już przez dyfteryję nawiedzonym; zdaniem niektórych autorów (Eichhorst l. c. om 2gi str. 955) ma takie przeniesienie wywierać wpływ nadzwyczaj pomyślny. W celu przeprowadzenia dezinfekcyi domu, który stał się ogniskiem dyfteryi, używam następujących środków: Przedewszystkiém należy rozstrzygnąć pytanie, czy dom cały da się opróżnić na 2 dni przynajmniéj lub czy téż to jest rzeczą niepodobną. W pierwszym razie używam siarki palącéj się, czyli kwasu siarkawego do wykadzenia, w drugim zaś razie używam sublimatu w rozczynie 1:1000 spirytusu do skropienia ścian, poczém ściany te zostają zeskrobane i świeżo wapnem z małą domieszką karbolu narzucone i pobielone. Jeżeli dom może być zupełnie opróżnionym, wówczas w każdym pokoju ustawiam garnek żelazny, w który wkładam kilka laseczek siarki nieco spirytusem oblanych i zapalam siarkę. Wykadzanie takie przez godzin 12 niszczy wszelkie przyrzuty chorobowe, po godzinach 12 zaś otwiera się drzwi i okna poprzednio zamknięte i przewietrza wszystkie pokoje. Po 24 godzinach można już przystąpić do kolejnego zdrapywania malowidła lub powierzchownéj warstwy tynku i narzucania ścian świeżém wapnem. Podłogę zmywa się mocnym ługiem, a sprzęty drewniane i łóżka naciera się 1% rozczynem ługu potasowego lub sodowego. Rzeczy pozostałe po chorych lub zmarłych najlepiéj spalić, gdyby zaś przedstawiały większą wartość namoczyć je w ługu z dodatkiem 5% kwasu karbolowego; a gdyby środki te mogły je nadwerężyć, to nakropić je tylko 5% rozczynem kwasu karbolowego i poddać działaniu pary ogrzanéj lub ogrzanego powietrza w piecu piekarskim. Również możnaby ściany pokoju zajętego przez dziecko chore i pokoi przyległych nakropić kwasem karbolowym rozpylanym przez rozpylacz, ale zwilżanie takie ścian odbywaćby się musiało przez kilka godzin, co w każdym razie jest rzeczą bardzo uciążliwą, lepiéj zatém używać siarki lub chloru, albo też sublimatu, gdyby domu zupełnie opróżnić nie można. Tak dziecko chore jak i osoby zajmujące się pielęgnowaniem tegoż powinny przed wprowadzeniem do domu dzieci zdrowych, oczyścić się za pomocą kąpieli, mydła karbolowego i przywdzianie świeżéj bielizny i innych sukien. W miejscowościach nawiedzonych przez dyfteryję należy oczywiście podczas panowania epidemicznego téj choroby zamknąć szkoły i nie wypuszczać z domów nawet dzieci lekko chorych, t. j. dotkniętych na pozór tylko nieżytowém zapaleniem połyku. Zwłoki osób zmarłych z błonicy, należy wcześnie usuwać z domów, zwłaszcza gęsto zaludnionych i przenosić je do trupiarni, a następnie bez udziału dzieci, bez zbytecznych ceremonij, grzebać w 36 godzin po śmierci (Rolle: O błonicy panującéj nagminnie na Podolu. Przegl. Lek. 1880, str. 50).

Powszechnie przyjętą jest rzeczą, że dzieciom, które zetknęły się z osobą chorą na dyfteryję lub też w ogóle narażonym na zarażenie się podczas panowania epidemii błonicy, zaleca się płukania z chloranu potasowego (1—2%), salicylanu sodowego (2%), będzwinianu sodowego (5%), z wody wapiennéj, wódki, octu rozcieńczonego, ($^1/_4$—$^1/_2$%) kwasu karbolowego itd. Działanie tych środków, niby zapobiegających pojawieniu się dyfteryi, jest nader problematyczném; to też zdaje mi się, że Monti (l. c. str. 221) ma słuszność, jeżeli twierdzi, że płukania te tylko drażnią błonę śluzową połyku i prędzéj szkodzą, niż pomagają. Doświadczenie własne pouczyło mnie, iż w przypadku epidemii domowéj (poniżéj opisanéj), pomimo umieszczenia dzieci zdrowych w oficynach odległych o 30 kroków od domu nawiedzonego przez dyfteryję, otoczenia ich służbą zupełnie odrębną, pomimo zalecania płukania z 3% kwasu borowego i pędzlowania migdałków wcale nieprzerosłych zawiesiną jodoformową w olejku migdałowym, pomimo podawania im wreszcie w małych dawkach rozczynu arszenikalnego Fowlera, po 2 tygodniach przecież błonica u 2ga z pomiędzy 3ga odosobnionych wy-

stąpiła i to u 7-letniéj dziewczynki (Maniusi Ag.) z niezwykłą gwałtownością i wybitnemi następnie porażeniami. Łagodne płukania z wody wapiennéj rozcieńczonéj wodą przekroploną można zalecić w każdym razie dzieciom narażonym na zarażenie się błonicą lub podczas panowania epidemii téj choroby i płukanie takie co 2 godziny uskuteczniane z pewnością nie zaszkodzi, silniejsze jednak roztczyny soli alkalicznych i zmuszanie dzieci do forsownego płukania nazbyt często, uważałbym co najmniéj za rzecz nieodpowiednią. Wczesne przyzwyczajenie do płukania ma nadto i tę dobrą stronę, że w razie zachorowania w istocie na błonicę, dzieci łatwo uskuteczniają ten drobny zabieg leczniczy i nie stawiają przykrych przeszkód lekarzowi przy badaniu, pędzlowaniu i wystrzykiwaniu połyku.

U dzieci z przerosłemi migdałkami wycinam migdałki za pomocą tonsillotomu Fahnenstocka-Mathieuego, a to z tego powodu, że dzieci z migdałkami przerosłemi nader ciężko przebywają błonicę i zwykle padają jéj ofiarą, a przy łagodném nawet przebiegu téjże, z powodu obłożenia zacieśnionego połyku wytworami chorobowemi, doznają znacznych trudności przy łykaniu nawet płynów i oddechaniu, zwłaszcza podczas krótkiego snu przerywanego męczącém charczeniem.

Co do dyjety, to z początku podaję chorym tylko pokarmy płynne, jakoto rosół, mleko, kleik, z dodatkiem żółtka z jaja w miarę potrzeby, oprócz tego wcześnie zaczynam podawać dobre wino w małych dawkach, według wieku i nasilenia choroby, w odpowiednich odstępach czasu. Gdy się połyk już oczyści z pokładów chorobowych i przełykanie jest swobodniejsze, podaję mocny rosół, drobno siekane mięso, winną polewkę itd.—W pokoju chorego powinno być również często odświeżane powietrze, za pomocą odpowiedniego przewietrzania, rozpylania terpentyny itd. Ciepłota w pokoju nie powinna przekraczać 14° R.

Co do leków używanych w celu zwalczenia dyfteryi, to możemy je podzielić na następujące oddziały:

I. Leki przeciwgnilne, do których należą: kwas karbolowy, kwas borowy, kwas salicylowy i salicylan sodowy, i będźwinian kofeino-sodowy nadmanganezyjan potasowy; kreozot, chinolin i resorcyn, tymol i styron, jodoform, siarkan sodowy, siarka i kwas siarkawy, wodnik chloralu, wyskok, sublimat, czy to we właściwéj postaci, lub téż z kalomelu i soli kuchennéj świeżo wytwarzany; ozon, olejek terpentynowy, i olejek z rozdrębu gałeczkowatego.

II. Leki żrące, jako to: siarkan miedziowy, kwas solny, kwas chromowy, chlorek cynkowy, kwas siarkowy i azotowy zgęszczony, żelazo do białości rozżarzone, galwanokauter i termokauter, potas żrący, azotan srebrowy, kwas karbolowy w spirytusie z nastojem jodowym *(Acid. carbolici Spiritus Vini āā 1.00, Aq. destillatae 5.00, Trae Jodinae 0.50)* i kwas szczawiowy. Leki te były lub są jeszcze używanemi głównie do pędzlowań wytworów chorobowych, lub téż do ich zniszczenia jednorazowego.

III. Leki ściągające, jako to: octan ołowiowy, podazotan bizmutowy, azotan srebrowy, kwas garbnikowy, ałun, siarkan cynkowy, siarkan żelazawy, półtorachlorek żelaza, kwas cytrynowy, kwas winowy, kwas octowy, liście z orzecha czarnego i *Mangifera indica (Extr. flor 10:120 aq.* do pędzlowań).

IV. Leki balsamiczne: Kubeby, balsam kopaiwiany, olejek terpentynowy, kamfora itd.

V. Leki przeciwzapalne: Kawałeczki lodu do połykania, okłady lodowe na szyję lub krawat szyjny Leitera z rurkami cynowemi, przez które zimna woda przepływa; wcierania maści szaréj, kalomel podawany wewnętrznie, pijawki, nadto zabiegi hydropatyczne w celu obniżenia wygórowanéj gorączki, tj. kąpiele, okłady, polewania wodą zimną, lub też naodwrót okłady na szyję z wody ciepłéj, zawijania całego ciała na 3 godziny w celu ogrzania ciała, zalecane w stanach zapadu, ogólnego zakażenia ustroju i w zajęciu krtani przez błonicę. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

A. Herzen: **O rozdziale zmysłu ciepłoty na dwa odrębne zmysły.**

Autor zauważył pewnego razu, iż podczas zcierpnięcia ręki i utraty czucia dotykowego stracił zarazem możność odczuwania zimnych przedmiotów, gdy na ciepło pozostał czułym. Powtarzal te obserwacyje wywołując przez ucisk zcierpnięcie nogi i doszedł do wyniku tego samego, tj. że wraz z utratą dotyku tracił poczucie zimna, wrażliwość na ciepło pozostawała. Twierdzi też autor, że osobno istnieje zmysł ciepła, osobno zaś zmysł zimna. Czucie zimna, równie jak czucie dotyku, dostaje się do mózgu przez tylne sznury rdzenia pacierzowego, czucie zaś ciepła podobnie jak bóle przez szarą istotę. Czucie ciepła późniéj dostaje się do mózgu aniżeli zimna, zupełnie podobnie jak się rzecz ma z bólem a dotykiem. Stwierdził to autor u kobiety z trwałą anestezyją dotykową odnóg dolnych, u któréj sekcyja wykazała *Pachymeningitis chronica*, następnie zaś na kotach i psach, którym przecinał jużto tylną czwartą część rdzenia pacierzowego, jużto część mózgu, mianowicie *gyrus sigmoideus*. Wyniki badań streszcza autor w sposób następny: 1) Ta sama okolica kory mózgowéj, tj. *gyrus sigmoideus*, mieści ośrodek czucia dotyku i zimna. 2) Czucie dotyku i zimna ma przewodnictwo w tylnych sznurach rdzenia pacierzowego. 3) Można je oba łatwiéj zawiesić przez ucisk na pnie nerwowe aniżeli czucie ciepła i bólu. 4) Badania na ludziach chorych i zdrowych czynione dowodzą, iż przy zniesioném czuciu zimna czucie ciepła może być zachowane; posiada więc inne nerwy jakotéż innemi drogami dostaje się do innych ośrodków mózgowych. 5) Zmysł ciepłoty składa się więc z dwóch różnych tak fizyjologicznie jak i anatomicznie zmysłów ciepła i zimna. — Nie należy jednak przypuszczać, ażeby z jednéj strony zmysł ciepła i bólu, z drugiéj zimna i dotyku były ze sobą związane. Są pewne punkty, jak to wykazał Blix, Eulenburg, Goldscheider itd., które odczuwają tylko zimno, inne tylko ciepło, inne zaś tylko dotyk. Powtarzając doświadczenia tych autorów natrafił Herzen na okolicę, która nie jest wrażliwą ani na dotyk, ani na zimno, a tą jest żołądź, *glans penis*. Co do napletka, punkty zdolne do odczuwania zimna są na nim bardzo oddalone, pomiędzy niemi zaś leżą przestrzenie nader czułe na dotyk. Podobnie zachowują się powieki. (*Pflügers Archiv f. die gesammte Phys.* 38 Bd., I u. II H). *G. Piotrowski.*

Meyhöfer: **Przyczynek do etyjologii zaćmy. Zaćma u młodocianych robotników w hutach szkła.**

Autor miał sposobność spostrzegać w ciągu dwóch lat czterech młodych robotników w hutach szkła dotkniętych zaćmą. Badanie nie wykazało innych zboczeń zdrowia; mianowicie rozbiór moczu, kilkakrotnie powtarzany, nie wykrył ani cukru ani białka. Również nie było zboczeń w narządzie krążenia, a w szczególności w tętnicach szyjnych (Michel). Tylko skóra twarzy okazywała sinawo-czerwone zabarwienie, bardzo pospolite u tych robotników, będące skutkiem nad-

zwyczaj mocnego gorąca promienistego, któreto zabarwienie występuje osobliwie na lewéj połowie twarzy, zwróconéj głównie ku ogniowi podczas roboty. Przytoczone okoliczności wzbudziły podejrzenie, że przyczyny zaćmy szukać należy w rodzaju zatrudnienia. To spowodowało M. do zbadania robotników okolicznych hut szklanych, a wyniki badania 506 tych robotników zasługują ze wszechmiar na uwagę. Z tych 506 miało 134 mniéj niż 20 lat, 212 od 20 do 30 lat, 96 od 30 do 40 lat, 45 od 40 do 50 lat, 16 od 50 do 60 lat, 2 od 60 do 70 lat, 1 80 lat z górą. Zaćmienia soczewki znalazł M. u 59, a więc u 11·6% wszystkich badanych. Jeżeli uwzględni się wiek dotkniętych zaćmą, to uderzyć musi nadzwyczaj wielka liczba osób młodych. Uważając wiek lat 40 jako granicę, poza którą pojawia się dopiero zaćma schyłkowa, okazuje się, że na 442 robotników niżéj lat 40 dotkniętych było 42, t. j. 9·5%, zaćmą przedwczesną, z tych zaś 6 miało mniéj niż 20 lat, 20 od 20 do 30 lat, 16 od 30 do 40 lat życia. Z 64 robotników mających więcéj niż 40 lat okazywało 17, t. j. 26·5%, zaćmienie soczewki. Zaćmy spostrzegane u robotników młodych, niżéj 40 lat, okazywały cechy zaćm przedwczesnych, a lewe oko dotknięte było bez porównania częściéj od prawego. U żadnego z nich wziernik nie wykazał zmian chorobowych głębszych części oka, któreby za przyczynę zaćmy poczytać można było. Rozbiór moczu, który autor u 8 miał sposobność uskutecznić, nie wykazał ani śladu cukru. Gdy nadto nie ma powodu do przypuszczenia, żeby cukrzyca występowała u robotników w mowie będących częściéj niż u innych ludzi, a wiadomości zasięgnięte u kolegów, którzy tych robotników latami leczyli, stanowczo wykluczyć pozwalają częstsze ich podleganie cukrzycy, słusznie więc sądzi autor, że zajęcie ich połączone jest z wpływami szkodliwemi, które do powstawania zaćmy przedwczesnéj usposabiają. Ludzie ci wystawieni są od 16go roku życia po 10 do 12 godzin dziennie, nie wyjmując niedziel, przez 40 do 45 tygodni rocznie bez przerwy na działanie gorąca 65°C., zwróceni przeważnie lewą połową twarzy ku piecowi. Ślady téj wysokiéj ciepłoty okazują też oblicza prawie wszystkich robotników w cisawo-czerwoném zabarwieniu skóry. Drugim skutkiem gorąca są nader obfite poty. W jednym z tych dwóch czynników lub też w obu razem szukać należy przyczyny ulegania soczewki zaćmie przedwczesnéj. Z 42 młodych robotników była zaćma 16 razy obuoczna, u 19 było tylko lewe, u 7 tylko prawe oko zaćmą dotknięte. Gdy więc oko lewe, wystawione przeważnie na bezpośrednie działanie gorąca promienistego, ulega uderzająco częściéj zaćmie, autor wysnuwa więc wniosek, że jest ona skutkiem bezpośrednim téj wysokiéj ciepłoty, choć tego zjawiska fizyjologicznie wytłumaczyć sobie nie umie. Nie podobna jednak szukać przyczyny zaćmy wyłącznie w działaniu gorąca, gdyż w 7 przypadkach stwierdził jéj obecność tylko na oku prawém. Okoliczność ta zmusza do przypuszczenia jeszcze drugiéj przyczyny, a tą jest ustawiczne i nadzwyczaj obfite pocenie się, ustawiczna strata wody, na którą przy pracy są wystawieni. Że taka utrata wody zdolna wywołać zaćmę, wiadomo z doświadczeń Kundego. W niéj też szukać może należy przyczyny zaćmy cukrzycowéj. *(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, luty, 1886). *Rydel.*

Magnus: **Przypadek ślepoty przemijającéj bez zmian chorobowych.**

Dziewczyna 13 letnia, nieco niedokrewna oślepła na obu oczach nagle prawie zupełnie. Prócz dawnych plam rogówkowych nie można było ani w oczach ani w ustroju wykryć cokolwiek nieprawidłowego. Leczenie czteromiesięczne chininem, żelazem i wstrzykiwaniem podskórném strychninu pozostało bez skutku. Ostatecznie powrócił wzrok i wzmógł się w ciągu dwóch dni do tego samego stopnia jak dawniéj (z—$^{1}/_{24}$ V $^{20}/_{70}$). Autor wyklucza stanowczo udawanie a wstrzymuje się od wszelkiego tłumaczenia co do przyrody cierpienia. *(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, luty, 1886). *Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

○ **Antyseptyczny opatrunek po operacyi zaćmy.** Na jedném ze styczniowych posiedzeń paryskiéj Akademii lekarskiéj czytał prof. Panas rozprawę o korzyściach antyseptyki w leczeniu zaćmy. „Dzięki antyseptyce“ powiada Panas „możemy zaniechać linijnego cięcia Graefego z irydektomiją a powrócić do dawnéj metody płatowéj, zachowując irydektomiję na wyjątkowe przypadki“. Z pośród wszelkich środków antyseptycznych używanych na ludziach, Panas daje pierwszeństwo rozczynowi dwujodku rtęci, który otrzymuje się rozpuszczając 0·05 tego środka w 20grm. 90° wyskoku z dodaniem 1 litra wody. Dwujodek jest w ten sposób rozpuszczalnym a rozczyn ten daje się przechowywać. Nie sprawia on zadrażnienia spojówki, i za wstrzyknięciem do wnętrza oka bywa dobrze znoszonym z wyjątkiem rzadkich przypadków. W chwili operacyi należy znieczulić oko kokainem, następnie otwiera się torebkę soczewki, którą można nawet właściwemi szczypczykami usunąć. Po operacyi wypłukuje się wnętrze oka i zakłada opatrunek po poprzedniém zapuszczeniu rozczynu ezerynu do oka. Do opatrunku używa Panas kawałka płótna powleczonego maścią z 1grm. będźwinianu rtęciowego na 100grm. zwykłéj maści. W ten sposób mógł Panas operować bez wszelkich niedogodności diabetyków, dotkniętych goścem i podagrą, w ogóle wszystkich, którzy zwykle niekorzystne stosunki przedstawiają dla pomyślnego wyniku operacyi. *(The Lancet*, 1886, I, Nr. 3).

○ **Azoturyja.** Oznaczanie ilości mocznika wydzielanéj w pewnym przeciągu czasu długo poczytywano za jeden z naukowych środków rozpoznawczych nietylko w chorobach nerek lecz i w innych cierpieniach zaburzających prawidłową wymianę materyi. W ciągu ostatnich dwu lub trzech lat Rommeleare poczynił niektore spostrzeżenia, które, jeżeli się sprawdzą, stanowić będą dodatkową pomoc w rozróżnianiu chorób żołądka. Azoturyja jest odpowiednią nazwą do oznaczenia prawidłowego wydzielania azotu z moczem. Używano też nazwy hyperazoturyja a mówimy także o hypoazoturyi (zwiększenie i zmniejszenie ilości prawidłowéj). Nomenklatura jednak ta przedstawia trudności, bo nikt nie zna prawidłowéj ilości wydzielanéj azotu. W podręcznikach fizyjologii znajdujemy, iż ludzie zwykle w ciągu doby prawidłowo wydzielają 500 ziarn mocznika. Oznaczenie jednak to wydaje się być dowolném. Podniesiono przeciw twierdzeniom Rommeleara 4 zarzuty: 1) Oznaczenie prawidłowéj azoturyi na 32 gramy jest za wysokie, we Francyi oznaczają tę ilość na 21grm. 2) Między azoturyją a rodzajem pożywienia zachodzi stosunek. 3) Chory, który się nie odżywia lub który zrzuca pożywienie, okazuje zmniejszenie ilości wydzielanéj azotu (hypoazoturyję) bez względu na cierpienie, którém jest dotknięty. 4) Rakom towarzyszy hyperazoturyja. Rommeleare przyznaje pewną słuszność dwom pierwszym zarzutom, chociaż nie sądzi, aby one zmieniały jego zapatrywania. Ze stanowiska teoretycznego sąto zarzuty, ale nie ze stanowiska praktycznego. R. stara się dowieść, iż stopień azoturyi nie stoi w prostym stosunku do jakości i ilości pożywienia w chorobach ostrych ani nawet w chorobach długotrwałych. *(The Lancet*, 1886, I, Nr. 1).

Ω Prof. Schmiedeberg poleca **nowy rozczyn Fehlinga**, który ma tę wyższość nad dawniéj używanym, że da się dłuższy czas bez rozkładu przechować. 34,632 grm. krystalicznego siarkanu miedziowego rozpuszcza się w 200 sz. cm. H_2O,—w drugiém zaś naczyniu rozpuszcza się 16 grm. mannitu w 100 sz. cm. H_2O. Oba płyny zlewa się, miesza się i dodaje się do nich 480 sz. cm. NaOH c. g. 1.145. Następnie całą ilość płynu rozcieńcza się do objętości litra i przechowuje w naczyniu dobrze zamkniętém. (*D. chem. Ztg.* 1886, Nr. 1).

○ **Pruritus**. Pochodzenie niektórych przypadków pruritus pochwy i rzyci jest niejasne. Ani miejscowe urazy, ani choroby kiszki, pochwy, wątroby, nerek, ani nerwowe lub inne nie mogą nam ich wyjaśnić. Brown Sequard sądzi, że w niektórych przypadkach kawa odgrywa w tém cierpieniu pewną rolę, bo w 2 przypadkach widział ulgę po usunięciu kawy z pożywienia. (*The Lancet*, 1886, I, Nr. 1).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 17 października 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 30. Koll. Drowie Serkowski, Wodyński i Wehr, nadto pp. Drowie Tyniecki Witkowski i Stanecki jako goście.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

3) Kol. Szpilman w słowie wstępném podniósł przedewszystkiém zasługi c. k. radzcy Dra Biesiadeckiego, położone około założenia pracowni epidemijologicznéj. Na jegoto wniosek c. k. Rada zdrowia, uznając ważność bakteryjologii dla higijeny, postanowiła zakupić z oszczędzonych funduszów wszystkie przyrządy potrzebne do badań bakteryjologicznych. W ten sposób powstała w gmachu c. k. Namiestnictwa pracownia epidemijologiczna. Jestto pierwsza tego rodzaju pracownia w Austryi, dla któréj pierwowzorem był niemiecki Urząd zdrowia. Następnie podniósł prelegent znaczenie i ważność tego rodzaju pracowni dla higijeny, przedewszystkiém badanie powietrza, wody, ziemi pod względem zawartości zarodków, bakteryj i pleśni. Takie poszukiwania mają głównie na celu stwierdzenie, czy w otaczających nas ośrodkach, z któremi w bezustannéj zostajemy styczności, nie ma przyrzutów chorobotwórczych, któremi według obecnego stanu nauki są mikroorganizmy. Najważniejszém zadaniem pracowni epidemijologicznéj będzie badanie przyczyn chorób zakaźnych, grasujących w naszym kraju i dziesiątkujących naszą ludność. Jedynie umiejętne badanie bakteryjologiczne może się przyczynić do wyjaśnienia natury wielu chorób epidemicznych. Zadaniem bakteryjologii jest przedewszystkiém wykazać, czy pewną fermentacyję lub pewną chorobę wywołują bakteryje lub nie. Jeśli stwierdzimy ich obecność, to winniśmy zbadać ich kształt, następnie przystąpić do otrzymania czystych hodowli. Ten ostatni proceder polega na tém, że staramy się dane bakteryje oczyścić od wszelkich przymieszek chemicznych i mechanicznych, a przedewszystkiém oddzielić je od innych rodzajów bakteryj. Takie postępowanie zowiemy czystą hodowią. Tak otrzymany w stanie czystym mikroorganizm, hodujemy przez liczne generacyje na tym samym gruncie rozplennym, albotéż przeszczepiamy go na inne materyje odżywcze celem przekonania się, czy nie wywołuje jakich procesów fermentacyjnych, jakotéż dla poznania bliższych warunków jego rozwoju. Wreszcie wypada nam czysto otrzymany drobnotwór zaszczepić zwierzęciu tego samego rodzaju, z któregośmy pierwotną czystą hodowlę otrzymali. W ten sposób jedynie możemy się przekonać o własnościach patogenicznych danego drobnotworu, jeżeli bowiem zwierzę zginie z téj saméj choroby, to mamy najlepszy dowód, że wykryty organizm jest właściwą przyczyną choroby. Oprócz tego winniśmy dokładnie badać własności biologiczne znalezionego drobnotworu, mianowicie co do kształtu, ruchów, następnie co do rozmnażania się, czy tworzy zarodki, czy zmienia kształty itd. Wreszcie powinniśmy zwrócić uwagę, jaki wpływ wywierają na niego czynniki chemiczne, termiczne, światło, elektryczność itd. Nim przystąpimy do tego rodzaju badań powinniśmy zapoznać się z metodami. jakiemi posługuje się bakteryjologija przy obecnym stanie téj nauki. Zasadą bakteryjologii jest czystość, tak że bakteryjolog powinien być zawsze pewien, iż każdy instrument i każde naczynie, którego używa. jest wolném od zarodków, pleśni i bakteryj. Następnie, że grunt rozplenny przeznaczony do hodowli jest zupełnie czystym, t. j. wyjałowionym. Z powyższego wynika konieczność zapoznania się ze sposobami wyjaławiania wszelkich narzędzi i aparatów, z drugiéj zaś strony zaznajomienia się ze sposobami przyrządzania gruntów rozplennych. Omówiwszy obszernie sposoby wyjaławiania narzędzi metalowych, szklanych, okazał kol. S. potrzebne do tego przyrządy, jak piecyk do wyjaławiania itp. Daléj opisał przyrządzanie gruntów rozplennych stałych, jakoto: gelatyny mięsno-peptonowéj, agaru, gelatyny ze surowicy krwi, preparowanie ziemniaków itd. i demonstrował używane obecnie przy sporządzaniu gruntów odżywczych przyrządy jakoto: wyjaławiacz (sterylizator) parowy, przyrząd do sterylizacyi surowicy i inny do krzepnienia krwi i lejek ogrzewalny. Poczém przystąpił kol. S. do opisania metod przyrządzania czystych kultur na gelatynie, mianowicie opisał postępowanie z kulturami postępowemi. Na płytki szklane, czworoboczne, wylewa się w tym celu mieszaninę zawierającą bakteryje. Płytki takie ustawia się w misach szklanych, przykrytych dzwonami, na odpowiednich ławeczkach szklanych. Dla utrzymania wilgoci daje się na dno misy krążki z białéj bibuły moczonéj w rozczynie sublimatu 1%. Po 48 do 56 godzinach z każdego zarodka rozwija się osobna kolonija, którą już gołém okiem odróżnić można, pod względem kształtu, barwy, konturów i innych własności, jakoto rozpływania gelatyny itp. Zbadawszy taką kolonię staramy się ją wyłowić, t. j. pod małém powiększeniem ukłuć ją lekko haczykowato zagiętą igłą platynową, którą poprzednio dokładnie wyżarzono. Wyłowioną cząsteczkę z kolonii przeszczepiamy do bulijonu, albo téż przyrządzamy sobie z téjże preparat mikroskopowy barwiony. Kultury bulijonowe przyrządza się na szkiełkach przedmiotowych opatrzonych zagłębieniem. W tym celu dajemy na szkiełko przykrywkowe zupełnie czyste kroplę bulijonu i zanurzamy w niéj koniec igiełki platynowéj z minimalną cząstką kolonii, następnie odwracamy szkiełko i umieszczamy je nad zagłębieniem szkiełka przedmiotowego tak, aby kropla w środku wisiała. Dla zapobieżenia zesunięciu się szkiełka przedmiotowego i wyschnięciu kropli, brzeg szkiełka pociągamy wazeliną. W tak przyrządzonéj hodowli możemy badać. jaki kształt posiadają bakteryje, czy są ruchome, wreszcie możemy je hodować przy wyższéj stałéj ciepłocie w przyrządach zwanych „termostatami“, bez obawy, aby kropla zaschła. Hodowanie bakteryj potrzebujących do swego rozwoju tlenu, bardzo dobrze udaje się, kropla bowiem zawieszoną jest w przestrzeni otoczonéj ze wszech stron powietrzem. Opisawszy sporządzanie kłutych i kreskowych hodowli przedstawił na licznych okazach, jak różnie rosną poszczególne gatunki bakteryj. Ponieważ wiele rodzajów bakteryj gelatynę rozpływia, skutkiem czego nie można badać sposobu ich rozrostu, uskutecznia się kłute i kreskowe hodowle na agarze (rodzaj gelatyny roślinnéj z *Gracilaria lichenoides* i *Gigartina speciosa*), któréj bakteryje nie rozpływiają. Niektóre rodzaje bakteryj, jak gruźlicze, nosaciznowe, dają się hodować jedynie na gelatynie ze krwi przyrządzonéj i to w temperaturze ciała. W tym celu umieszczamy kultury w termostacie d'Arsonvala, ktory prelegent opisał; przy téj sposobności demonstrował automatyczny kurek Kocha, służący do zamykania dopływu gazu w razie zagaśnięcia płomienia, a tém samém zapobiegający wybuchowi. Oprócz powyższego termostatu ma pracownia jeszcze inny piecyk do hodowli, z regulatorem gazowym pomysłu Reicherta. Przedstawiwszy metody czyste na ziemniakach, objaśnił na przykładach izolowanie poszczególnych gatunków bakteryj. W końcu opisał metody badania powietrza, wody, ziemi, co do zawartości bakteryj pod względem ilościowym i jakościowym. Przy téj sposobności przedstawił kultury płytowe sporządzone z różnych rodzai wody, powietrza z pracowni i wychodków, ze ziemi, tak że koledzy mogli się na przykładach naocznie przekonać o rozmaitości gatunków dających się gołém okiem wybitnie od siebie odróżnić. W końcu przedstawił liczne okazy czystych hodowli bakteryj tak patogenicznych jakotéż nieszkodliwych. O barwieniu zaś, szczepieniu itd. przyobiecał mieć wykład przy innéj sposobności. *Dr. Wiktor.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne X z d. 17 lutego 1886.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 24.

1. Przewodniczący zagajając posiedzenie wzywa do oddania przez powstanie czci zmarłym Członkom: DDr. Bendzie Karolowi, Jaszczurowskiemu Józefowi, Rychlickiemu Hipolitowi i Żulińskiemu Tadeuszowi, któregoto ostatniego dzieło pośmiertne właśnie jest na ukończeniu.

2. Na podstawie wniosku Komisyi sprawdzającéj rachunki Wydawnictwa z r. 1884 udzielono Wydziałowi Wydawnictwa absolutoryjum za r. 1884.

3. Do sprawdzenia rachunków z r. 1885 wybrano tę samą Komisyję złożoną z Drów Bętkowskiego i Buszka.

4. Przewodniczący zdaje sprawę ze stanu Towarzystwa w r. 1885. Z końcem roku 1884 Towarzystwo liczyło 2 członków honorowych, 140 członków czynnych i 58 prenumeratorów. W r. 1885 umarło 4 członków czynnych a przybyło dwóch członków czynnych (Dr. Drecki Feliks i Dr. Rosenzweig Michał), nadto trzech prenumeratorów (Dr. Bętkowski, Górski i Sopiński). Towarzystwo liczy więc z końcem roku 1885 członków honorowych 2, członków czynnych 138, prenumeratorów 61, razem 201. Z rokiem 1885 Towarzystwo zakończyło rok dziesiąty istnienia. Zawiązane przez 80 członków z kapitałem zakładowym 800 złr., wzrosło w pierwszém dziesięcioleciu mimo trudnych warunków, z jakiemi miało do walczenia do poważnéj liczby członków i do dosyć — jak na nasze stosunki — sporego majątku. Z ośmiu dzieł lekarskich dotychczas wydanych, dwa pierwsze zostały już prawie zupełnie rozkupione, reszta znajduje coraz większy popyt u lekarzy, tak dalece, że z małym wyjątkiem nakład tych dzieł wkrótce zostanie zwrócony. I na przyszłość jest nadzieja, że wydawnictwo krakowskie postępować będzie naprzód drogą wprawdzie powolnego ale prawidłowego rozwoju. Towarzystwo jest należycie świadome braków, jakieby jak najprędzéj należało wypełnić w naszéj literaturze lekarskiéj, nie może jednak działać według planu naprzód obmyślanego głównie z powodu, że przy skąpéj liczbie chętnych do pisania autorów drukować musi niekiedy dzieła mniéj potrzebne, zanim rękopismy dzieł potrzebniejszych dla uczniów i lekarzy zostaną przez autorów wykończone. Liczba dzieł zamówionych i przez autorów podjętych jest dosyć pokaźna. Wypełni ona z czasem najnaglejsze potrzeby naszéj literatury. Obecnie jest już na ukończeniu druk dwóch dzieł, tj. Higijeny szkół ś. p. Dra Żulińskiego i Wykładów o chorobach dróg moczowych prof. Dra Obalińskiego, a dzieła te wraz z poprzedniemi stanowić będą liczbę dziesięciu dzieł, wydanych przez Towarzystwo w ciągu pierwszego dziesięciolecia istnienia.

5. Podskarbi Wydawnictwa doc. Dr. Grabowski przedłożył sprawozdanie kasowe, z którego okazuje się, że dochód wydawnictwa w r. 1885 wynosił 912 złr. 88 ct. a mianowicie: składki członków i prenumeratorów 190 złr. 76 ct., dar jednego z członków 20 złr., procenta funduszu głównego 126 złr. 94 ct., procenta od szczegółowych funduszów wydanych dzieł 104 złr. 74 ct., dochód ze sprzedaży dzieł po odciągnięciu rabatu księgarskiego i kosztów przesyłki 470 złr. 44 ct.

Majątek Wydawnictwa z dniem 1 stycznia 1886 składa się: 1) z funduszu głównego, który umieszczony jest: *a*) w obligacyjach $4\frac{1}{2}\%$ pożyczki krajowéj wartości nominalnéj 600 złr., zakupionych za 540 złr., *b*) w książeczkach wkładkowych Zakładu kredytowego ziemskiego na 2339 złr. 30 ct. 2) z funduszów poszczególnych dzieł, w których mieszczą się tak zwroty zakładu przez rozsprzedaż dzieł, jakotéż narosłe procenta. Fundusze te wynoszą: dzieło Steinera 562 złr. 49 ct., Jurasza 200 złr. 91 ct. Widmanna 193 złr. 34 ct. Rothego 318 złr. 90 ct., Jordana 357 złr. 26 ct., Smoleńskiego 164 złr. 37 ct. 3) z zapasu papieru wartości 178 złr. 25 ct. 4) z zaległych wkładek członków i prenumeratorów w kwocie 513 złr. 53 ct. 5) z dzieł nierozsprzedanych. Gotówką posiada więc Wydawnictwo w dniu 1 stycznia 1886 złr. 5221 i ct. 71, czyli o 912 złr. 88 ct. więcéj aniżeli w dniu 1 stycznia 1885 r.

6. Podjęto dyskusyję nad dotychczasowém kierownictwem i działalnością Wydawnictwa. Między innemi uwagami kol. Warschauer wypowiada zdanie swe, że dotychczasowa działalność Wydawnictwa przeszła o wiele wszelkie możliwe nadzieje, jakie można było pokładać przy zawiązaniu się Towarzystwa i że dalsza wytrwałość na raz obranéj drodze przysporzyć może ojczystéj literaturze lekarskiéj spory pożytek, osobliwie jeżeli lekarze i nadal nie poprzestaną popierać szlachetnych usiłowań Wydawnictwa.

Na têm Zgromadzenie zakończono.

Dr. Dobruchowski, sekretarz.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Nad wszystkiemi zaś punktami przytoczonemi dominują dwa inne, mianowicie stara Elymaida, dzisiejszy Khorem-abad i Hamadan, zajmujący najwyższy punkt w geograficznéj sytuacyi kraju. Khorem-abad co do klimatu rywalizuje z Meszedem a po części i z Szusterem. Będąc pośrednim punktem, przez który prowadzi droga z prowincyj wschodnio-południowych Persyi ku granicy tureckiéj, bywa odwiedzany przez gromady pielgrzymów udających się już to do Meszedu, lub téż powracających ztamtąd. Co więcéj tędy to przewlekają się całe karawany wiozące ciała rozmaitych nieboszczyków do Kerbeli, i mające zwyczaj dłuższego tu wypoczywania, aby się niejako przyzwyczaić stopniowo do klimatu pustyni, którą wypadnie im przebyć. Tutajto brak dostatecznéj ilości wody do picia, studnie nieocembrowane i nigdy nieczyszczone, domy zajezdne (Karawan-Seraje) utrzymane w najgorszym stanie, wreszcie miasto nędznie zabudowane, o ulicach wązkich z głębokim pośrodku kanałem, daléj znaczniejszy stopień ciepłoty i gościnność dla trupów przechowywanych w tychże samych miejscach, gdzie się zwykli zatrzymywać pielgrzymi, jest powodem, że nawet Persowie stronią od tego miejsca, aby nie uledz chorobom przewodu pokarmowego, jak czerwonka i błonicowe zapalenie jelit, które tu nagminnie panują. Na zdrowie zaś tutejszych mieszkańców, wywiera bezwarunkowy wpływ przechowywanie trupów obwiniętych najczęściéj w nędzny wojłok i takąż rogóżkę. W istocie zaś potrzeba być tylko Persem, aby nie odczuć naturalnego wstrętu, jaki wywołuje obecność pak wypełnionych zwłokami i podróżujących razem z żyjącymi. Żadne też plemię wschodnie nie znosi téj sytuacyi, usuwając co rychléj z pobliża żyjących tych, co już zostali powołani do lepszego bytu. Turek np., choć lubi bliskość cmentarzy i żyje niejako w sąsiedztwie tych, co już ustąpili z widowni światowéj, to jednak gdy mu wypadnie podróżować w Persyi, unika zawsze i stanowczo nietylko podróżowania z karawanami przewożącemi nieboszczyków, ale nawet spotykania się z niemi, uważając tę ostatnią okoliczność jako fatalny horoskop dla siebie. Nie szczędzi też złorzeczeń i przekleństw na proroków i imamów dawniejszych i dzisiejszych, gorsząc się widokiem towaru z ludzkich zwłok, narażonych przesądem na odbywanie długich podróży, wprawdzie dla nich obojętnych, lecz przykrych i uciążliwych dla tych, co jeszcze nie zostali powołani do raju Alego! Mniéj przesądny, i z obowiązku służby zmuszony do przekonania się na miejscu o sposobie opakowywania byłych obywateli perskich, przeznaczonych do przewozu na terytoryjum tureckie, unikałem jednak, o ile na to możność pozwalała, podróżowania w ich towarzystwie, przenosząc powrót do Iraku przez Burudżyrd, Dowletabad i Hamadan, aniżeli postępowanie krótszą drogą, lecz narażającą na zniesienie wszystkiego, na co narażają upały letnie i nieznoszące tego stopnia ciepłoty, koszerne resztki Persów.

Wreszcie miasto Hamadan o 38 tysiącach mieszkańców, środkowy punkt handlu, sławny ze swych garbarni, wyrobów siodlarskich i zamszowych, położony u zdumiewających swym powabem podnóży „Elwentu", dominujący nad okolicą strojną w ogrody, gaje morwy i topoli, zasilany licznemi strumieniami wody spływającéj z poblizkiego pasma, posiada wszystkie warunki pozwalające na utrzymanie warunków zdrowotnych w lepszym niż gdzieindziéj stanie, lecz przez niedbalstwo miejscowe najzupełniéj pominiętych. W istocie też i sama natura, jakby mszcząc się za pogardę swemi darami, położeniem miasta, oddzieliła je niejako od powabnéj okolicy. Rzuciwszy od południa olbrzymie pasmo „Gerdane", utrudniła tém samém dostęp łagodniejszym prądom powietrza, i zostawiając miasto otwartém od północy, dała mu zimę długą i ostrą, po zimie okres przechodni, zaznaczony znaczną ilością dni dżystych i chłodnych, po których szybko zwykły następować upały z bardzo cechującemi zmianami czynników atmosferycznych. Krótkie lato i znowu wilgotna jesień, okres deszczy i częstych śniegów, uzupełniają obraz téj sytuacyi klimatycznéj, tak dobrze zachowanéj w pamięci tych wszystkich, co tu zajrzeli, że słysząc o jednym tylko pogodnym dniu w Hamadanie, przyjmują tę wiadomość jako coś nadzwyczajnego, twierdząc, że w ciągu miesiąca Hamadan cieszy się jeden tylko dzień widokiem słońca i brakiem deszczu w ciągu kilkunastu zaledwie godzin. Ta popularna opinija wybornie charakteryzuje warunki klimatyczne, których trwałość i tradycyjne niedbalstwo mieszkańców dają i utrzymują w tym punkcie sytuacyję zdrowotną jeżeli nie gorszą niż w okolicach południowych, to za to swą zimną wilgocią nadającą spostrzeganym tu stanom chorobowym bardzo charakterystyczną cechę. Wejdźmy jednak w szczegóły. Środkiem wąwozu, rozrywającego dzielnice miejskie, płynie strumień Murad-rud. Nad nim wznosi się kilkanaście jednołukowych mostów kamiennych i dobrze zbudowanych, mających w sobie coś wenecyjańskiego z okolic kanalu Orfano, bo rzuconych z podobną lekkością i unoszących się nad kanałem również mętnym i czarne toczącym wody! Strumień płynie po łożysku zwirowém lecz mającém za podstawę warstwy gliny gęstéj i trwałéj. Wszystko co tylko wyrzuca miasto, tutaj się zbiera. Zbyt słaby prąd wody nie usuwa lecz przeciwnie ułatwia nagromadzanie się nad wybrzeżami całych stert rozmaitéj natury istot, jakie z biegiem czasu przedostały się do strumienia. Oneto nieraz stają się przyczyną zatkania ciasnych kanalików odprowadzających miejskie nieczystości. I wtedy to poszukiwanie przyczyny zatkania zmuszając do otwierania śródmiejskich kanałów odprowadzających, staje się przyczyną zapowietrzenia nietylko w pobliżu leżących domów ale i całych nawet połaci. Co gorsza że z zajęciem tego rodzaju, odbywaném zwykle w ciągu dnia, najemnicy nie zwykli się spieszyć. I choć nieraz sam gospodarz zwykł towarzyszyć robocie, to jednak ani jego obecność, ani wzgląd na czułość węchową sąsiadów, nie wpływa wcale na podniesienie energii pracujących. Przeciwnie gdy się uczują znużonymi, zasiadają wtedy nad otwartym dołem, wpatrują się z całą flegmą w jego treść i ciągnąc czas jakiś Nargilleh, oddają się wschodniéj „*sieste*", ażeby z nadejściem wieczoru spieszyć do domów, pozostawiając otwarty dół opiece psów, jedynych tu stróży nocnych. Nad wybrzeżami miejskiego strumienia rozsiadły się liczne tu garbarnie, nie jakieś zakłady, ale tylko nędzne budy otoczone najczęściéj rzędami kamieni, dla otrzymania rodzaju kotliny, w któréj zwykło odbywać się tłoczenie skór. Z podobnéj garbarni wązkie ścieżki prowadzą ku bardziéj szerokiéj miejscowości, gdzie wymyte skóry poddają się suszeniu. Sąto zwykle małe place, położone tuż w pobliżu domostw, posiadające stale podtrzymywaną kałużę, która dla chcącego przeprowadzić studyja nad polimorfizmem nieskończenie maluczkich istot organicznych, przedstawia otwarte i bardzo ciekawe pole. Tu i owdzie znowu spotykamy składy zajmujących się zbieraniem szmat, farbiarnie i miejsca zarezerwowane na mycie wełny, waty i moczenie lnu. Wszystko korzysta tu z blizkości strumienia, nie zwracając wcale uwagi na jakość jego wody. I o ile zdala widok na tę górską wstęgę bawi oko swą oryginalnością, o tyle zbliżenie się ku niéj, przejście po jednym z mostków, wystarcza do zapewnienia się, że ten pas wodny wywiera najfatalniejszy wpływ nietylko na zdrowie mieszkających po nad jego wybrzeżami, ale że oddziaływa także na ogólną sytuacyję zdrowotną. To też nie ma lepianki lub domu, które położone nad strumieniem nie byłyby poprostu siedliskiem chorób zakaźnych, częściéj tu uważanych aniżeli w innych dzielnicach miejskich. Wodę do picia otrzymuje miasto drogą górskich strumieni dopływających tu od południa ze skłonów Elwentu i od północo-zachodu z pasma Gerdane. Z powodu odmiennéj jakości pokładów geologicznych dwóch tych sąsiadujących z sobą pasm, a niemniéj też i z powodu znaczniejszéj wyniosłości pierwszego i woda zasilająca miasto jest tu dwojakiego rodzaju. Strumienie spływające z Elwentu i w pobliżu miasta przeobrażające się w Murad-rud mają wodę doskonałą, lecz tylko dopóty, dopóki strumień górski nie stanie się miejskim kanałem. Odtąd bowiem strumień, tocząc swe wody po stertach nieczystości nagromadzonych w wąwozie, którym przebiega, ułatwia wprawdzie czynność garbarzy i innych rękodzielników, ale dla ogółu mieszkańców jest nieużytecznym. Drugi strumień, doprowadzony do miasta przekopami, dostarcza wody do cystern i domów przepływając raz glinianemi rurami, najczęściéj jednak wązkiemi i niegłębokiemi rowkami, tu i owdzie tylko przykrytemi płaskim kamieniem. Równoległy jego bieg z rowkami odprowadzającemi nieczystości z ustępów domowych, łatwa przenikalność gruntu, przesiąkanie odpływów pochodzących z tutejszych bazarów i miejsc, gdzie gromadzą się wieśniacy z dobytkiem, jarzynami i nabiałem, wreszcie znaczna nieraz część podobnego kanału pozostawiona otworem, wszystkie te niekorzystne dane odejmują czystéj górskiéj wodzie własności dobre, i o ile przez mętną postać czynią ją ciekawą dla badacza, o tyle znowu mieszkańcom daje ona napój bardzo podejrzanéj treści. Lecz bez wody obejść się nie podobna. Posiada też ją każdy dom, przebiegającą podwórza lub wypełniającą parę lub kilka nawet zbiorników. Z tych wodę biorą na wszystkie domowe potrzeby. Same zaś baseny służą jako wygodny przyrząd do prania bielizny, obmywania naczyń, odbywania codziennych ablucyj i t. p. I byle tylko woda płynęła, nikt o to nie pyta, zkąd ona przybywa, ile innych przepłynęła zbiorników, jak wiele i czém bywa zanieczyszczoną. Potrzeba zadowolenia pragnienia każe zapomnieć o wstręcie, utrzymując nawet zwyczaj nazywania podobnéj wody wyborną do picia. Nikomu zaś nie jest tu wiadomém, że tak zanieczyszczona woda pośredniczy w udzielaniu się i przenoszeniu pewnych chorób zakaźnych z jednéj dzielnicy w drugą, czego dowód znalazłem w jednéj części miasta, gdzie przed 12-tu laty gwałtowna epidemija cholery powstała w skutek prawdopodobnego zanieczyszczenia wody do picia, zniszczyła ludność jednéj z najbardziéj ożywionych dzielnic tutejszych. Tutaj też udało mi się znaleźć w war-

stwach ceglastego koloru piany mieszczącéj się na powierzchni wody, istoty organiczne z działu schyzomycetów, mianowicie *Crenothrix Kühniana*, któréj włókna, przy zetknięciu się z powietrzem okrywają się osadem nadniedokwasu żelaza, i późniéj ulegając rozkładowi gnilnemu, dają wodzie bardzo nieprzyjemny smak, tak że z przyczyny złéj wody i przebytéj zarazy dotąd ta część miasta nie może powrócić choćby tylko do stosunkowo lepszego bytu. Przykre też sprawia wrażenie widok tego sławnego w starożytności ogniska rozsiadłego na wyniosłym cyplu górskim, otoczonego wspaniałą panoramą licznych osad wiejskich, lecz skazanego jakby jakimś wyrokiem na pozostawanie w najgorszych warunkach zdrowotnych. Nie napróżno też uważniejsi z turystów (Du housset, Malgnuow, Polack, Wagner) wskazywali na tę miejscowość jako ognisko chorób zakaźnych, z liczby których dur plamisty i mordercza czerwonka, dżuma i cholera, były tu zauważane w pewnych odstępach czasu. Dopiero jednak od ostatniéj epidemii cholery zaczęto zwracać uwagę na ten punkt, gdzie opowiedziany już przezemnie ostatni wybuch dżumy tém większą nakazuje przezorność, gdy nawet i sfery dworskie w Stambule z panującym na czele taką zostały zdjęte trwogą, że pomijając komiczną prawdziwie jéj stronę, zdecydowano się poświęcić lekarza „f r e n k a“, aby badał i uspakajał o tyle, o ile na to pozwalała sytuacyja zdrowotna. Delegat sanitarny wyszedł szczęśliwie z walki. Sułtan jednak, na samo wspomnienie Hamadanu i dżumy, drży i kryje się coraz bardziéj po za murami swéj rezydencyi. Być też może, że ta *auguste panique* sprowadzi pewne praktyczne następstwa w kwestyi rozwoju sanitarnéj czujności. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w lutym r. 1886.

Tyfus brzuszny przybiera od września coraz większe rozmiary, w lutym stwierdzono go w 89 miejscowościach 33ch powiatów. Z 1925 leczonych chorych (w styczniu tylko 1646) wyzdrowiało 1228 czyli 63·8%, umarło 143 czyli 7·4%, pozostało zaś w leczeniu 554 osób, o 55 mniéj niż z końcem stycznia. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie rawskim (11 gmin), jaworowskim (9 gmin) i bobreckim (7 gmin); największa śmiertelność zdarzyła się w jednéj gminie pow. rawskiego, gdzie z 26 chorych 6 osób umarło, także w dwu gminach pow. gródeckiego była śmiertelność stosunkowo dość znaczną.

Tyfus plamisty jeszcze bardziéj się szerzy, wprawdzie wystąpił on tylko w 20 gminach (o 3 więcéj niż w styczniu) lecz liczba chorych w lutym była w dwójnasób tak wielką jak w styczniu. Z 543 leczonych chorych wyzdrowiało 324 osób czyli 59·7%, umarło 49 czyli 9% (w styczniu tylko 7·6%), pozostało z końcem lutego 170 chorych (w poprzednim miesiącu 130). Jest prawdopodobném, że tyfus plamisty zarówno jak w latach poprzednich aż do czerwca wzmagać się będzie. W żadnym powiecie nie ma więcéj niż dwie gminy dotknięte tyfusem plamistym, a największą ilość chorych (143) stwierdzono w dwu gminach powiatu brzeżańskiego; daléj (47 chorych) w dwu gminach powiatu stryjskiego, (przeważnie między robotnikami budującéj się kolei żelaznéj Stryj-Munkacz) także (43 chorych) w dwu gminach pow. żydaczowskiego, w tym ostatnim powiecie z dość znaczną śmiertelnością (18%).

Liczba chorych leczonych w trzech gminach powiatu jaworowskiego na tyfus powrotny była wprawdzie wyższą w lutym niż w styczniu (104 w lutym, 86 w styczniu), także i śmiertelność była nieco wyższą (7·7% poprzednio 7%), lecz z końcem lutego pozostało tylko 15 chorych w jednéj miejscowości.

Epidemija szkarlatyny zmniejsza się od początku stycznia b. r. W lutym stwierdzono ją jeszcze w 63 miejscowościach 28 powiatów. Do 444 chorych pozostałych z końcem stycznia przybyło w ciągu lutego 752, razem przeto leczono 1196, z tych wyzdrowiało 819 czyli 68·5%, umarło 101 czyli 8·4% (w styczniu 10%) pozostało z końcem lutego 276 chorych w siedmnastu gminach. Najwięcéj chorych było w sześciu gminach pow. brzozowskiego, najwięcéj osób umarło w jednéj gminie pow. gorlickiego, największa śmiertelność w stosunku do ilości chorych zdarzyła się w jednéj gminie pow. dobromilskiego (24%, gdyż na 29 chorych umarło 7).

Błonicę stwierdzono w 12 miejscowościach 9ciu powiatów. Do 7 chorych pozostałych z końcem stycznia przybyło w lutym 112 chorych, a z 119 leczonych wyzdrowiało 57 czyli 47·9%, umarło 33 czyli 27·7% (w styczniu 40·9%), pozostało w leczeniu 29 chorych w 4ch gminach. Największa ilość chorych (35) zdarzyła się w jednéj gminie pow. skałackiego, największa śmiertelność (wyżéj 50%) w jednéj gminie pow. kamioneckiego.

Odra wzmaga się od października r. z. coraz bardziéj. W lutym stwierdzono ją w 98 miejscowościach 28u powiatów, szczególnie w pow. mieleckim (16 miejsc.), w pow. bocheńskim (12 miejsc.), w powiecie brodzkim (10 miejsc.), w pow. mościskim i złoczowskim (po 6 gmin). Szczególnie wielka liczba chorych była w powiecie mościskim. Do 1328 chorych pozostałych z końcem stycznia, przybyło w lutym 4612, a z 5940 leczonych wyzdrowiało 3854 czyli 64·9%, umarło 315 osób czyli 5·3% (w styczniu 5·2%), pozostało z końcem miesiąca 1771 chorych (w styczniu 1328).

Na krztusiec leczono w 25 miejscowościach 1089 osób (w styczniu 1184), z tych wyzdrowiało 612 czyli 56·2%, umarło 44 czyli 4%, pozostało z końcem miesiąca 433 osób; najwięcéj chorych było w dwu gminach pow. zbarażskiego, największa śmiertelność w pow. kołomyjskim, gdzie w jednéj gminie z 19 chorych jedenaście umarło.

Ospa utrzymywała się w ciągu lutego w równéj mierze jak w styczniu, dopiero pod koniec miesiąca nieco złagodniała. W ogóle leczono 1042 chorych (w styczniu 1043), z tych wyzdrowiało 669; z tych 524 szczepionych czyli 50%, 145 nieszczepionych czyli 13·9%, umarło zaś 92 osób z tych 32 szczep. czyli 3·1%, 60 nieszczep. czyli 5·8%. Z wszystkich chorych szczepionych wyzdrowiało 71%, umarło zaś 4·3%, z chorych nieszczepionych wyzdrowiało 46·6%, umarło 19%. Najwięcéj była ospa rozszerzona w powiecie sokalskim (15 gmin nawiedzonych), w pow. nowotarskim (11 gmin), myślenickim i rawskim (po 8 gmin), w żywieckim (7 gmin).

Lwów d. 16 marca 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Cholera** ukazała się w prowincyi weneckiéj Rovigno; w miejscowości Villadoso 5 pierwszych przypadków zakończyło się szybko śmiercią.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 lutego do 6 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 33·9. Z błonicy umarło 2 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z gruźlicy 17 (9 z. t.); z zapalenia płuc 5 (9 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach odry, 2 płonicy, 2 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 28 lutego do 6 marca umarło z ospy: w Warszawie 3, w Wiedniu 7, w Budapeszcie 26, w Pradze 5, w Rzymie 11, w Zurychu 5, w Paryżu 9. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 9. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 14, w Paryżu 23, w Petersburgu 24, w Hamburgu 8. Z odry umarło w Budapeszcie 11, w Rzymie 25, w Londynie 40, w Amsterdamie 19, w Petersburgu 20. Z płonicy umarło w Hamburgu 10, w Londynie 14, w Petersburgu 23. Z błonicy umarło w Berlinie 26, w Wiedniu 19, w Paryżu 50, w Londynie 36, w Petersburgu 14. Z krztuśca umarło w Londynie 119.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,3; we Lwowie 30,8; w Brodach 32,8; w Drohobyczu 44,2; w Kołomyi 39,3; w Przemyślu 29,1; w Stanisławowie 55,8; w Tarnopolu 27,4; w Tarnowie 18,1; w Czerniowcach 37,8; w Pradze 44,1; w Wiedniu 36,4; w Salcburgu 30,8; w Gracu 33,1; w Tryjeście 37,0; w Insbruku 41,7; w Warszawie 31,3; w Budapeszcie 36,9; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 23,5; w Monachowie 28,0; w Poznaniu 23,7; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 32,6; w Bazylei 15,5; w Brukseli 35,4; w Chry-

styjanii 23,5; w Genewie 28,8; w Kopenhadze 18,7; w Londynie 25,0; w Odesie 36,9 w Paryżu 28,9; w Petersburgu 35,9; w Pradze 35,0; w Rzymie 31,8; w Stokholmie 17,8, w Wenecyi 31,5; w Zurychu 27,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 marca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. toczyły się ożywione rozprawy nad wnioskami prof. Korczyńskiego i Dra Gluzińskiego; załatwiono i przyjęto część większą wniosków a z powodu spóźnionéj pory reszta załatwioną zostanie na posiedzeniu następném.

* W Nrze 10 Przeglądu Lek. w sprawozdaniu krótkiém z posiedzenia Tow. lek. powiedziano, że na posiedzeniu têm toczyły się rozprawy nad wnioskiem komisyi wyznaczonéj do rozpatrzenia wniosku Dra Gluzińskiego w przedmiocie ograniczenia sprowadzenia z Niemiec narzędzi, dzieł itd. Ponieważ wniosku co do niesprowadzenia dzieł z Niemiec Dr. G. nie uczynił, ani téż komisyja rzeczona o têm nie wspomina, więc prostujemy niniejszém ową wiadomość w tym kierunku.

* Po śp. Drze Białkowskim w Baranowie pozostało troje sierot, z których dwoje znalazło już pomieszczenie, chłopczyk zaś 7-letni, pozbawiony ojca i matki, dotychczas pozostaje bez opatrzenia. Jakkolwiek śp. Dr. Białkowski nie był członkiem Tow. lekarzy galicyjskich, prezes tego Towarzystwa, protomedyk Biesiadecki, czyni zabiegi, aby dziecko to umieścić w zakładzie drohowyżskim. Ponieważ jednak rezultat tych zabiegów jest wątpliwym, odwołujemy się do miłosierdzia kolegów, zwłaszcza bezdzietnych, w nadziei, że znajdzie się może ktoś, który biednego sierotę po koledze umieści w swoim domu. Wszelkich wyjaśnień gotów udzielić p. protomedyk.

* **Berlin**. Przed kilku dniami odbył się tu proces karny przeciw partaczowi Wilhelmowi Beckerowi, który utrzymywał bióro lekarskie, leczył listownie za pomocą ziół „tropicznych“ i w ciągu pół roku zarobił 45,000 marek, z których wydał 18.000 na anonse. Pokazało się śród rozprawy, że partacz ten miał na usługi swoje 3 asystentów stałych, doktorów medycyny, którym płacił po 6000 marek rocznie. Becker skazany na rok więzienia natychmiast uwięziony został, pomimo, że ofiarował złożyć znaczną kaucyję.

* **Paryż**. Celem założenia zakładu Pasteura drogą subskrypcyi publicznéj zebrano kilka kroć sto tysięcy franków.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska** Prof. Sattler zamianowany został prof. okulistyki w Wydziale niem. — **Wiedeń**. Dr. Kassowitz potwierdzony został jako docent pedyjatryi.

* **Mianowania**. N. Pan potwierdził nominacyję Dra Langwiesera dyrektorem szpitala dla obłąkanych w Ybbs, a Dr. Wojciech Tilkowsky mianowany został prymaryuszem i kierownikiem zakładu dla obłąkanych w Klosterneuburgu.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarzem starszym w armii czynnéj mianowany został Dr. Aleksander Steuermark przy szpitalu garnizonowym w Krakowie, a stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Emil Drobner rodem z Krakowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Matlakowskiego: Torbiel masłowy w sutku; Krausego: Rana czaszki, bezwład połowiczy lewy, zranienie zatoki podłużnéj górnéj. Wyzdrowienie; Stypińskiego: Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 11: Majkowskiego: O zasadach, metodach i środkach leczenia chorób skórnych i wenerycznych w klinikach wied. (c. d.).

Redakcyja otrzymała

Prof. Dr. REINSBERG (w Pradze czeskiéj): Význam Schultzeových „přemetů“ v soudním lékařství. In 8vo str. 14.

Tenże: Soudní lékařská kasuistika. (Odbicie z Časopisu lék. česk. 1885) in 8vo str 9, 11 i 4.

Do Numeru dzisiejszego dołącza się tablicę Dra Klikowicza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 81.

KONKURS

rozpisuje się niniejszém na posadę Demonstratora przy katedrze farmakologii i farmakognozyi począwszy od dnia 1 kwietnia rb.

Podania wnieść należy na ręce podpisanego dziekana do dnia 25 bm.

Kraków d. 15 Marca 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

I. Tabela porównawczych oznaczeń peptonu za pomocą polaryzacyi i ważenia.

Numer doświadczenia	Rodzaj i ilość białka w gramach: wilgotne	Rodzaj i ilość białka w gramach: suche	Pepsyna w %	[illegible] doświadcze-[illegible]	Z przymieszką albo bez przymieszki	Polaryzacyja [illegible]: zboczenie	Polaryzacyja: procenty	[illegible] oznaczony za pomocą wa-[illegible]	Różnica obu oznaczeń: w gramach	Różnica obu oznaczeń: w %	[illegible] nik $(\alpha)_D$ = [illegible]	Pepton [illegible] pomocą $(\alpha)_D = -66.3°$	Różnica przy nowym czynniku: w gramach	Różnica przy nowym czynniku: w %
	1	2	3	4	5	6	7	[illegible]	9	10	11	12	13	14
1	30 alb. sur.	4.320	1.0		10% alkohol	[illegible]	1.71%	1.67%	+0.04	2.34%	64.8°	1.63%	−0.04	−2.45%
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	4	10% „	0°32'	0.84%	0.78%	+0.06	7.14%	68.3°	0.80%	+0.02	+2.50%
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	0°55'	1.44%	1.35%	[illegible]	[illegible]	67.8°	1.38%	+0.03	+3.18%
4	22 „ jaja	[illegible]	1.0		[illegible]	1°5'	1.71%	1.65%	+0.06	3.51%	65.2°	1.63%	−0.02	−1.22%
[illegible]	[illegible]	3.343	1.0		[illegible]	1°41'	2.64%	2.56%	+0.08	[illegible]	[illegible]	2.54%	−0.02	−0.79%
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	2.49%	2.29%	[illegible]	[illegible]	64.7°	2.38%	+0.09	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	0.5		2.5 ClK	1°41'	[illegible]	[illegible]	+0.13	4.90%	[illegible]	2.54%	+0.02	+0.79%
8	22 „ jaja	3.343	1.0	5	2.5 ClNa	1°25'	2.23%	2.11%	+0.12	5.40%	[illegible]	2.16%	+0.05	[illegible]
[illegible]	[illegible]	3.787	[illegible]		5.0 ClK	1°25'	2.23%	[illegible]	[illegible]	2.69%	61.9°	—	—	—
10	22 „ jaja	3.343	1.0		5.0 ClNa	[illegible]	1.71%	1.80%	−0.09	5.29%	60.2°	—	—	—

Tabela II. Alkohol.

Numer do-[illegible]	Ciężar białka w gramach: wilgotne	Ciężar białka w gramach: suche	Pepsyna pro mille	Trawienie trwało godzin	Przymieszka	Polaryzacyja z przymieszką: Zboczenie	z przymieszką: Pepton	bez przymieszki: Zboczenie	bez przymieszki: [illegible]	Różnica w gramach	Różnica w procentach	UWAGI
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	30 biał. sur.	4.304	1.0	4	5% alkohol	1°40'	2.50%	1°36'	2.37%	0.13	5.5%	Przyspieszenie
[illegible]	[illegible]	4.304	1.0	4	5% „	1°39'	2.47%	[illegible]	2.37%	0.10	4.2%	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1°31'	[illegible]	0.10	4.2%	
4	25 „	3.152	0.5	[illegible]	[illegible]	1°35'	[illegible]	1°40'	2.49%	0.12	4.8%	
5	[illegible]	2.975	0.5	5	10% „	0°32'	0.79%	1°31'	2.27%	1.48	65.2%	Hamowanie
6	[illegible]	4.304	1.0	4	10% „	1°8'	1.69%	1°36'	2.40%	[illegible]	29.5%	
7	35 biał. jaja	6.260	1.0	[illegible]	10% „	1°0'	1.50%	1°50'	2.74%	1.24	41.6%	
8	25 biał. sur.	2.975	0.5	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	1°31'	[illegible]	—	—	Nie ma trawienia
[illegible]	[illegible]	4.320	1.0	4	20% „	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	—	
10	35 biał. jaja	6.260	1.0	6	30% „	0	0	1°50'	2.74%	—	—	

Tabela III. Antipyryna.

Numer doświadczenia	Ciężar białka w gramach: wilgotne	Ciężar białka w gramach: suche	Pepsyna pro mille	Trawienie trwało [illegible]	Przymieszka	Polaryzacyja z przymieszką: Zboczenie	z przymieszką: Pepton	bez przymieszki: Zboczenie	bez przymieszki: Pepton	[illegible] w gramach	w procentach	UWAGI
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	[illegible]	11	12
1	35 alb. jaja	4.140			2.0 [illegible]	2°20'	3.49%	2°20'	3.49%	0	0	
2	[illegible]	3.824	[illegible]	5	2.0 „	2°19'	3.47%	2°23'	3.37%	0.10	2.9%	Przyspieszenie
3	[illegible]	[illegible]			[illegible]	1°10'	2.49%	1°10'	2.49%	[illegible]	[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]			[illegible]	1°15'	1.87%	1°18'	1.95%	[illegible]	[illegible]	Wstrzymanie
5	[illegible]	4.140			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	3.49%	[illegible]	10.6%	
6	35 „	3.825			3.5	2°0'	3.00%	2°23'	3.37%	0.37	1.09%	

Tabela IV. Bromek potasu. Jodek potasu.

Numer doświadczenia	Ciężar białka w gramach: wilgotne	Ciężar białka w gramach: suche	Pepsyna pro mille	Trawienie [illegible] godzin	Przymieszka	Polaryzacyja z przymieszką: Zboczenie	z przymieszką: Pepton	bez przymieszki: Zboczenie	bez przymieszki: Pepton	Róż[illegible] w gramach	w procentach	UWAGI
	1	2	3	4	5	6	7	8	[illegible]	10	11	12
1	40 alb. jaja	5.521		4	1.0 KBr	3.1	2.48%	[illegible]	[illegible]	0.17	[illegible]	W doświadczeniach 1, 2, 3, 4 i 8 oznaczenia wykonane zostały za pomocą aparatu Soleil-Ventzkego.
[illegible]	40 „	5.521		4	1.0 „	[illegible]	2.56%	3.3	[illegible]	[illegible]	4.1%	
3	[illegible]	[illegible]		[illegible]	2.0 „	[illegible]	[illegible]	[illegible]	3.12%	0.21	7.3%	
4	[illegible] „	5.203		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0.47	[illegible]	
[illegible]	30 alb. sur.	3.295		4	0.5 KI	1°50'	[illegible]	[illegible]	3.12%	[illegible]	11.8%	
[illegible]	[illegible]	[illegible]		4	0.5 „	[illegible]	2.87%	[illegible]	3.12%	[illegible]	8.0%	
[illegible]	[illegible]	3.597	1.0	[illegible]	1.0 „	2°00'	3.00%	2°55'	[illegible]	0.37	10.0%	
8	40 alb. jaja	4.983		4	[illegible]	1.9	1.58%	2.4	[illegible]	[illegible]	20.3%	
[illegible]	30 alb. sur.	[illegible]		4	[illegible]	1°40'	2.49%	[illegible]	[illegible]	0.88	26.2%	
10	30 „	3.597		4	[illegible]	1°30'	[illegible]	2°55'	[illegible]	1.12	36.2%	
11	35 alb. jaja	[illegible]		[illegible]	[illegible]	2°00'	[illegible]	3°10'	[illegible]	1.75	36.8%	
12	[illegible]	5.989		[illegible]	[illegible]	1°58'	[illegible]	3°10'	4.75%	1.71	36.0%	

Tabela V. Chlorek sodu.

[illegible]	[illegible]: [illegible]	[illegible]: [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Polaryzacyja [illegible]: [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Różnica [illegible]	[illegible]	[illegible]
	1	2	[illegible]	4	[illegible]	[illegible]	7	[illegible]	[illegible]	10	11	12
1	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	
2	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
4	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
6	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
7	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
9	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Tabela VI. Wodan chloralu.

Numer doświadczenia	Ciężar białka w gramach		Pepsyna pro mille	Trawienie trwało godzin	Przymieszka	Polaryzacyja				Różnica		UWAGI
						z przymieszką		bez przymieszki				
	wilgotne	suche				Zboczenie	Pepton	Zboczenie	Pepton	w gramach	w procentach	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	40 alb. sur.	4.304	1.0	5	1.0 wod. chlor.	[illegible]	3.60%	[illegible]	[illegible]	0.15	4.0%	Liczby w rubryce 6 i 8 w 3ech pierwszych doświadczeniach stanowią średnią z dwóch zbliżonych do siebie oznaczeń.
[illegible]	40 „	4.304			[illegible] „ „	2°10	3.24%	2°30'	[illegible]	0.52	13.6%	
[illegible]	40 „	4.304			3.0	[illegible]	3.12%	2°30'	3.75%	0.63	16.8%	
4	20 alb. jaja	3.842	0.5	6	[illegible]	1°6'	1.65%	1°51'	[illegible]	1.14	40.9%	
[illegible]	20 „	3.842			10.0 „ „	0°58'	1.45%	1°51'	2.79%	1.44	51.7%	

Tabela VII. Preparaty żelaza.

Numer doświadczenia	Ciężar białka w gramach		Pepsyna pro mille	Trawienie trwało godzin	Przymieszka	Polaryzacyja				Różnica		UWAGI
						z przymieszką		bez przymieszki				
	wilgotne	suche				Zboczenie	Pepton	Zboczenie	Pepton	w gramach	w procentach	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	20 alb. sur.	3.520	0.5	5	0.2 ferri hyd. red.	1°8'	1.70%	1°35'	2.37%	0.60	25.7%	Doświadczenia 3, 4, 7, 8, 11, 12 i 13 wykonane zostały za pomocą aparatu Soleil-Ventzkego.
[illegible]	20 „ „	[illegible]	0.5	[illegible]	0.2 „	1°10'	1.74%	1°35'	2.37%	0.63	26.6%	
[illegible]	40 „	[illegible]	1.0	4½	1.0 „	4.1	3.28%	[illegible]	4.16%	0.88	21.1%	
4	30 „ „	3.933	1.0	[illegible]	1.0 fer. sulf. oxydul.	1.4	1.12%	3.7	2.96%	1.84	62.2%	
[illegible]	20 „ „	3.520	0.5	[illegible]	5 kropel liq. ferri sesqch.	1°20'	1.99%	[illegible]	2.37%	0.38	16.0%	
[illegible]	20 „ „	3.520	0.5	[illegible]	[illegible]	1°22'	2.05%	1°35'	2.37%	0.32	13.6%	
7	30 „ „	4.125	1.0	[illegible]	5 ccm. „	0.3	0.24%	1.7	1.36%	1.12	[illegible]	
8	35 „ „	4.348	1.0	[illegible]	10 ccm. „	[illegible]	0.72%	3.0	2.40%	1.68	70.0%	
[illegible]	[illegible]	4.158	[illegible]	[illegible]	0.3 ferri lactici oxydul.	[illegible]	3.22%	[illegible]	3.12%	0.10	3.2%	Przyspieszenie (?)
10	30 „	4.158	[illegible]	[illegible]	0.5 „	2°5'	3.12%	2°5'	3.12%	0	0	
11	23 alb. jaja	nieoznacz.	1.0	4½	[illegible]	[illegible]	2.56%	3.1	2.48%	0.08	[illegible]	Przyspieszenie (?)
12	23 „ „	[illegible]	1.0	4½	[illegible]	3.1	2.48%	3.1	2.48%	[illegible]	[illegible]	
13	23	[illegible]	1.0	4½	0.5 fer. citrici oxydul.	[illegible]	[illegible]	3.1	2.48%	0.08	3.2%	Przyspieszenie (?)

Tabela VIII. Kalomel.

Numer doświadczenia	Ciężar białka w gramach		Pepsyna pro mille	Trawienie trwało godzin	Przymieszka	Polaryzacyja				Różnica		UWAGI
						z przymieszką		bez przymieszki				
	wilgotne	suche				Zboczenie	Pepton	Zboczenie	Pepton	w gramach	w procentach	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	35 alb. sur.	4.625	1.0	4	0.5 kalomel	4.0	3.20%	4.2	3.36%	0.16	4.8%	Wszystkie doświadczenia wykonane zostały za pomocą aparatu Soleil-Ventzkego.
2	30 alb. jaja	3.932		4½	0.5 „	3.5	2.80%	3.7	2.96%	0.16	5.4%	
3	35 alb. sur.	4.625		4	1.0 „	3.9	3.12%	4.2	3.36%	0.24	7.1%	
4	30 alb. jaja	3.932		4.5	1.0 „	3.5	2.80%	3.7	2.96	0.16	5.4%	

Tabela IX. Salicylan sodu.

Numer doświadczenia	Ciężar białka w gramach		Pepsyna pro mille	Trawienie trwało godzin	Przymieszka	Polaryzacyja				Różnica		UWAGI
						z przymieszką		bez przymieszki				
	wilgotne	suche				Zboczenie	Pepton	Zboczenie	Pepton	w gramach	w procentach	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	35 alb. sur.	4.067	1.0	[illegible]	2.5 salic. sodu	0°50'	1.25%	[illegible]	3.49%	2.24	64.2%	Wszystkie doświadczenia wykonane zostały za pomocą aparatu Soleil-Ventzkego.
2	35 „ „				5.0 „	0°10'	0.25%	2°20'	3.49%	3.24	92.8%	
3	30 alb. jaja	4.832			2.5 „	1°15'	1.87%	2°5'	3.12%	1.25	40.0%	
4	30 „ „				5.0 „ „	1°00'	1.50%	2°5'	3.12%	1.62	51.9%	

Tabela X. Siarkan magnu. Siarkan sodu.

Numer doświadczenia	Ciężar białka w gramach		Pepsyna pro mille	Trawienie trwało godzin	Przymieszka	Polaryzacyja				Różnica		UWAGI
						z przymieszką		bez przymieszki				
	wilgotne	suche				Zboczenie	Pepton	Zboczenie	Pepton	w gramach	w procentach	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	25 alb. sur.	3.495	[illegible]	[illegible]	2.5 magn. sulf. crystall.	1°13'	1.82%	1°55'	2.87%	1.05	36.6%	Doświadczenia 5 i 6 wykonane zostały za pomocą aparatu Soleil Ventzkego.
2	25 „ „	3.787			„	1°25'	2.12%	1°50'	2.75%	0.63	22.9%	
[illegible]	40 „ „	4.304	1.0		5.0 „	1°55'	2.87%	2°30'	3.75%	[illegible]	23.5%	
4	40 „ „	4.304			[illegible] „	[illegible]	2.87%	2°30'	3.75%	0.88	23.5%	
5	35 „ „	4.000			2.0 natr. sulf. crystall.	2.1	1.68%	2.5	2.00	0.32	16.0%	
6	35 „ „	4.000			„	2.3	1.84%	2.5	2.00	0.08	8.0%	
7	35 „ jaja	3.825			[illegible] „	1°25'	2.11	2°23'	3.75	1.64	43.6%	
8	[illegible] „ „	3.825			[illegible] „	1°28'	2.20	2°23	3.75	1.55	41.2%	

Kraków. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza. 1880.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narozny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 marca 1886. **№ 13.** Rok XXV.

I. O szparze środkowéj oka.

Podał Dr. Konrad Rumszewicz,
okulista okręgowy w Kijowie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Z przypuszczeniem Manza trudno również pogodzić pewne fakty z teratologii oka.

1) W przypadkach szpary w tęczy i w dolnym wycinku naczyniówki plamę żółtą widziano wyraźnie na właściwém miejscu nadto, w jednym przypadku $V = \frac{4}{5}$ (*Saemisch* w *Archiv f. Ophthalmologie* XV, 3, str. 276 i *Klin. Monatsbl.*, 1867, str. 85). Daléj przy wielkiéj ilości szpar tęczy i naczyniówki w dolnym wycinku, w literaturze znaleźliśmy tylko dwa przypadki szpary w kierunku średnicy pozioméj oka, lecz i w tych nawet były one skierowane ku wewnątrz (*Mittelstädt, Arch. f. Augenheilk.*, IX, str. 423). Nie znamy znów przypadku, w którym jednocześnie ze szparą plamy żółtéj mielibyśmy też szparę w tęczy, skierowaną ku zewnątrz.

2) Znane nam są szpary nerwu wzrokowego i skierowane ku dołowi sierpy wrodzone (Dor, Liebreich, Wecker, Nieden, Gałęzowski, Benson, Pooley, Szili, Remak, Van Duyse, Schnabel, Vossius). Trudno pogodzić położenie ich obok brzegu dolnego tarczy z okręceniem gałki dokoła osi u zapłodka, idąc za przykładem Van Duysego (*Annal. d'oculistique. Mars—Avril*, 1884, str. 117), Schnabla (l. c.) i Vossiusa (*Klin. Monatsbl.*, 1885, marzec), zwłaszcza ze względu iż

3) w przypadkach Hirschberga, Fuchsa, a nawet samego Schnabla, jednocześnie ze szparą plamy środkowéj mieliśmy garbiaki, przytykające do dolnego obwodu nerwu wzrokowego, powstawanie ich zaś w obrębie i kosztem szpary ocznéj dostatecznie jest dowiedzioném. Tak więc kosztem szpary ocznéj w jednym i tym samym przypadku musiałyby powstać garbiak ku dołowi i szpara plamy żółtéj ku zewnątrz, w 2im zaś przypadku Schnabla i w 2im moim obie szpary dolnego wycinka i środkowa powstawałyby kosztem jednéj i téj saméj szpary ocznéj.

W końcu 1883 r. ogłosił pracę swą Vossius (*Arch. f. Ophthalm.*, XXIX, 4, str. 119). Badania anatomiczne kierunku włókien w pniach nerwów wzrokowych przy przerwie środkowéj (*scotoma*) w polu widzenia zachęciły go do zbadania wejścia do pnia naczyń środkowych. Badania te wskazały, iż u dorosłych naczynia te wstępują do pnia ku dołowi i ku zewnątrz, u zapłodków zaś ku dołowi i ku wewnątrz, okoliczność zatém ta już sama przez się potwierdza (nie nowe wcale zresztą) przypuszczenie Manza okręcania się oka u zapłodków o 90°. Wymiary długości oczodołowéj części nerwu wzrokowego i przedniotylnéj średnicy oczodołu dowiodły, iż okręcanie to pnia nerwowego powstaje w skutek nieodpowiedniego do długości oczodołu powiększenia długości pnia, mianowicie długość oczodołu znacznie jest mniejszą, a w skutek tego pień nerwowy tworzy najpierw u samego wejścia do oczodołu zakręt w kształcie litery *S*, wklęsłością zwrócony ku górze, w początku zaś zakrętu widzimy nadto, iż nerw przekręcony jest do koła osi, wkrótce po utworzeniu łuku, w odległości 24mm. od galki, co bardziéj jest widoczném w kierunku ku gałce, zwłaszcza na wyrobach nastrzykniętych. Toż samo znalazł V. u zwierząt. Lecz nietylko sam nerw wzrokowy, nadto okręca się i gałka oczna, którąto okoliczność, zdaniem Vossiusa, najłatwiej stwierdzić, badając położenie górnego mięśnia prostego. U zapłodków mięsień ten bardziéj jest posunięty ku stronie skroniowéj, u dorosłych zaś znajduje się bliżéj części środkowéj stropu oczodołowego. Prócz nieodpowiedniego powiększania się z jednéj strony nerwu wzrokowego, z drugiéj znów oczodołu, okręcanie gałki powstaje nadto w skutek przesunięcia pęcherzyka ocznego z bocznéj strony pęcherza mózgowego ku przedniéj.

Jakkolwiek wyników pracy Vossiusa nikt dotąd nie stwierdził, w każdym jednak razie praca ta podaje bardzo poważne argumenta na korzyść okręcania się gałki podczas życia śródmacicznego. Wszakże nie zdaje się nam, ażeby okręcanie to mogło ułatwić wytłumaczenie powstawania szpary naczyniówki i siatkówki w obrębie plamy żółtéj.

Zmiany szparze tėj właściwe, jakkolwiek dotychczas były spostrzegane co najmniéj 22 razy, o wiele jednak rzadziéj dają się napotykać niż szpara w okolicy dolnego wycinka. Pochodzenie tėj ostatniéj w bardzo prosty a łatwy sposób wytłumaczyć możemy niezupełnėm zamknięciem szpary ocznéj u zapłodka. Wprawdzie ostatniemi czasy próbowano wytłumaczyć powstawanie szpary dolnego wycinka nie prostėm powstrzymaniem rozwoju, które polega na niezupełnėm zamknięciu szpary zapłodkowéj, lecz sprawą zapalną w okolicy téjże. Pierwszy bardziéj stanowczy krok w tym kierunku zrobił Deutschmann *(Klin. Monatsbl.*, 1882). Późniéj już ogłosili swe spostrzeżenia Thalberg *(Arch. f. Augenheilk.*, XIII, 1), Höltzke (*Arch. f. Augenheilk.*, XII, 2) i Da Gama Pinto *(Arch. f. Augenheilk.*, XIII, 1). Pogląd mój na teoryję zapalną powstawania wad rozwojowych oka, o ile takowa dotyczy przetrwania błony źrenicznéj (Pam. Towarz. lek. warsz. za rok 1882), szpary wycinka dolnego *(Ibid.*, r. 1882) dwu- (*Medycyna* r. 1881) i wielowzroczności *(Ibid.* r. 1884), wypowiedziałem już dawniéj, spodziewam się nadto powrócić do ciekawéj téj kwestyi w przyszłości, gdy zdołam uzupełnić i uporządkować odpowiedni materyjał. Obecnie zaś nie wdając się również w rozbiór szczegółowy późniejszych spostrzeżeń, których opisy są tą samą zasadą przejęte, zauważę tylko, iż Deutschmann badał oczy królika urodzonego z rodziców, którym oczy sztucznie były uszkodzone; w przypadku Thalberga wcale nie zwrócono uwagi na sprawność oka; Höltzke dokonał spostrzeżenia na króliku małookim, w przypadku Da Gama Pinto mieliśmy zapalenie ciała rzęskowego, które wywołało nawet konieczność wyłuszczenia gałki. Tak więc z pomiędzy przypadków, które przytoczono na poparcie teoryi zapalnego pochodzenia szpary dolnego wycinka, żaden nie jest podobny do zwykłych przypadków szpary, zatėm z opisów ich ten chyba nasuwa się wniosek, iż w okolicy zapłodkowéj szpary ocznéj powstać może niekiedy sprawa zapalna w postaci *sclero-chorio-retinitis intrauterina*. Wątpię jednak, czy ktokolwiek z hołdowników jéj zdoła ją obronić. W saméj rzeczy należy tylko przypomnieć sobie, o ile ważną rolę w rozwoju oka odgrywa szpara zapłodkowa, ażeby nie przeczyć, iż jeśliby sprawa zapalna była powodem powstawania szpary dolnego wycinka, następstwa jéj mielibyśmy niezawodnie i w ciałku szklanėm, tymczasem na mocy odpowiednich spostrzeżeń, które dotąd posiadamy, wiemy tylko, iż niekiedy przy szparach dolnego wycinka znajdujemy resztki naczyń przedniéj części czasowéj śródocznéj siatki naczyniowéj zapłodka (*memb. pupillaris*), resztki zaś naczyń tylnéj jéj części, w postaci nadto li tylko saméj łodygi tętnicy ciałka szklanego, spostrzegano w jednym tylko przypadku (Pause).

Muszę jeszcze poświęcić słów kilka hipotezie pochodzenia szpary dna oka, podanéj przez Hoffmanna *(Ueber ein Colobom der inneren Augenhäute ohne Colobom der Iris* 1871). Przypuszcza on, iż szpara oczna na razie zarasta, późniéj zaś na nowo powstać może pod wpływem ciśnienia śródocznego. Przypuszczenie to łatwo wytłumaczyćby mogło powstawanie szpar li tylko w saméj naczyniówce (bez utworzenia szpary w tęczówce), a jeszcze łatwiéj szpary mające spoidła znajdowane w niektórych przypadkach w okolicy szpar resztek naczyniówki i siatkówki a w ostatnim przypadku pewną sprawność siatkówki w obrębie szpary. Szkoda tylko, że hipotezie téj zbywa zupełnie na faktycznych danych, co się zaś tyczy szpary środkowéj, téj zupełnie nie jest ona w stanie objaśnić.

Tak więc na razie powstawanie szpary dolnego wycinka słuszniéj objaśnić należy niezupełnėm zamknięciem szpary środkowéj, któremu przeszkodzić może zarówno powolne wyrastanie brzegów pęcherzyka ocznego, jakoteż wstąpienie do wnętrza tegoż pierwocin blaszki zarodkowéj średniéj w ilości o tyle znacznéj, iż stanowić one mogą zawadę w zamknięciu szpary pęcherzyka. Jakkolwiekbądź szpara pozostaje na zawsze. Jeśli zaś gałka okręca się następnie i okolica zatėm, która poprzednio odpowiadała szparze ocznéj, posuwa się z dołu i wewnątrz, ku dołowi i ku zewnątrz, zdawałoby się, iż w téj właśnie ostatniéj okolicy winnyby znajdować się i same szpary dolnego wycinka u dorosłych. W literaturze jednakże znajdujemy dwa tylko przypadki szpary w tęczówce w kierunku średnicy poziomėj, a i w tych nawet zwróconą ona była ku wewnątrz *(Mittelstädt)*, we wszystkich zaś innych, zawsze ku dołowi, niekiedy ku dołowi i ku wewnątrz. Zdawałoby się, iż fakty skręcania się gałki dokoła osi o 90° moglibyśmy pogodzić ze szparą w okolicy dolnego wycinka w inny jeszcze sposób, mianowicie przypuściwszy, iż w skutek tych lub owych powodów gałka nie okręciła się, że zatėm i szpara pozostała *in loco*; w takim razie, jeśli tylko plama żółta powstaje w obrębie szpary zapłodkowéj, powinnaby ona, jak się samo przez się rozumie, pozostać w tym samym wycinku. Wszakże przypuszczeniu temu stanowczo zaprzeczają dwa spostrzeżenia: Saemisch w przypadku szpary dolnego wycinka wyraźnie widział plamę żółtą, nadto $V = \frac{4}{5}$, nie zważając na nierówną pcwierzchnię dna, która wywołać mogła „wewnętrzny astygmatyzm“, jak słusznie określają stan oka mającego szparę późniejsi autorowie; Van Duyse zaś znalazł plamę żółtą przy obdukcyi oka ze szparą w dolnym wycinku. Wróćmy znów do szpary środkowéj. Wszyscy prawie autorowie chcą widzieć w niéj resztki szpary zapłodkowéj, a w tym celu niektórzy zmuszeni byli przypuścić, iż szpara oczna sięga daléj niż szypułka pęcherzyka następczego, po badaniach zaś Vossiusza hipoteza długiéj szpary (któréj zresztą, jak widzieliśmy, fakty same zaprzeczają), staje się zbyteczną. Zdawaćby się mogło, iż moglibyśmy wprost przypuścić, iż brak w dolnym i wewnętrznym wycinku powstały przesuwa się następnie w okolicę wycinka dolnego i zewnętrznego. Lecz, zapytam w takim razie, w jakiż sposób zdamy sobie sprawę z mego 2go przypadku, w którym jednocześnie ze szparą dolnego wycinka znajdowała się też szpara środkowa, również bardzo podobnego do mego 2go przypadku Schnabla? Rozumie się, iż tu znowu samo przez się występuje pytanie o rozwoju plamy żółtéj u zapłodka, pytanie, co do którego mamy te tylko pewne dane: 1) plama żółta powstaje dopiero po urodzeniu (Kölliker); 2) warstwa pręcików i czopków powstaje dopiero w końcu życia śródmacicznego, u ślepo zaś rodzących się tylko po urodzeniu (Max Schultze, Babuchin).

Powtarzam raz jeszcze, w jaki tėż sposób pogodzić zdołamy z faktami przytoczone wyżéj a przez Manza podane objaśnienie znanego dobrze odrębnego kierunku naczyń i włókien nerwowych w okolicy plamy żółtéj? Wspomniałem już, iż szpara oczna zarasta wcześniéj niż w siatkówce rozwija się warstwa włókien nerwu wzrokowego, tėm bardziéj dotyczy to naczyń siatkówki. Późnego rozwoju naczyń tych dowiódł już H. Müller (*Gesammelte Schriften v. Becker)*. Mogę dodać od siebie, iż naczynia te dzielą los jednaki z naczyniami tęczówki, gdyż jedne i drugie tworzą nowe drogi poboczne w zapłodkowym śródocznym układzie naczyn niowym. Przedniéj części układu tego dostarczają krwi tyle

długie tętnice rzęskowe; utworzony przez nie wianek (przyszłe większe koło tętnicze) spostrzegamy w samym początku rozwoju tęczówki; od niego też pochodzą gałęzie, których rozgałęzienia tworzą błonę źreniczną; tylnéj zaś części układu dostarcza krwi tętnica ciałka szklanego *(art. hyaloidea s. capsularis)*, stanowiąca gałęź końcową środkowéj tętnicy siatkówki. W miarę rozwoju układów naczyniowych siatkówki i tęczówki powstają zarazem dla krążenia krwi krótsze drogi, w skutek czego powstaje zanik stopniowy rozgałęzień końcowych (tętnicy ciałka szklanego i gałęzi początkowych pierścienia tętniczego), czyli też znika śródoczny zapłodkowy układ naczyniowy. Następuje to zaś dość późno, w każdym razie zaledwie ku końcowi życia śródmacicznego, w tym więc dopiero czasie powstają naczynia siatkówki i plamy żółtéj, przeto nie podobna mówić o warunkach rozwoju tych właśnie naczyń w okresie stosunkowo początkowym (mniéj niż 6 tygodni dla ludzkich zapłodków), po którym szpara oczna zarasta.

Zważywszy zaś to, cośmy wyżéj przytoczyli, zdaje mi się, iż od objaśnienia powstawania szpary środkowéj stosowniéj wstrzymać się, zanim nie uda się nam otrzymać pewnych danych dotyczących rozwoju plamy żółtéj. Na razie łatwiéj pogodzić się już możemy ze zdaniem Schmidt-Rimplera (l. c. str. 234): *„wir dürfen .... annehmen, dass die maculären Colobome eine Bildungsanomalie darstellen, die mit dem Sitz und dem Verschluss der Fötalspalte nichts zu thun hat"*.

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Mikulicza w Krakowie.

Przetoka cewki moczowéj z powodu zadzierzgnięcia. Uretrorafija. Wyleczenie.

Podał Dr. Czesław Górski,
asystent prywatny prof. Mikulicza.
(Dokończenie. Patrz Nr. 11)

Dnia 9-go czerwca 1885 roku przystąpił prof. Mikulicz do leczenia w ten sposób, że wprowadziwszy w narkozie zgłębnik metalowy przez ujście zewnętrzne, wykonał na nim przecięcie cewki od zewnątrz w tylnéj połowie prącia, około trzy do czterech ctmtrów po za istniejącą przetokę, i przez otrzymany otwór wprowadził w kierunku dośrodkowym cienki dren, kilka ctmtrów długi, który jednym szwem jedwabnym przymocował w ranie. Ranę opatrzono wązkiemi paskami gazy jodoformowéj, a tę przymocowano za pomocą zwykłego przylepca. Zabieg ten, mający na celu wytworzenie tymczasowéj przetoki, zniósł chory zupełnie dobrze; przez dziesięć dni wyprzedzających drugą operacyję chodził, oddawał mocz przez dren w miarę potrzeby bez żadnych dolegliwości i przedstawiał się raz dziennie w celu zmiany opatrunku. Dnia 18-go czerwca wykonał prof. Mikulicz uretrorafiję. Delikatnym nożykiem odświeżył leżące naprzeciw siebie powierzchnie bliznowate prącia i ściany cewki, a utworzone tym sposobem powierzchnie ranne zespoił pięcioma szwami z cienkiego drutu srebrnego. Delikatna ta operacyja z powodu pożądanéj dokładności była dosyć mozolną. Odświeżenie i zespojenie nastąpiło w kierunku poprzecznym, szwy więc przebiegały równolegle do osi podłużnéj prącia i to w ten sposób, że przechodząc przez skórę i części głębsze nie drążyły przez cewkę moczową, ale leżały na granicy jéj ściany. Przed założeniem szwów postąpił prof. Mikulicz w sposób, którego nie znalazłem nigdzie w podanych dotychczas opisach historyj chorób, a który, zdaniem mojém, właśnie w leczeniu zranień cewki moczowéj doniosłe może mieć znaczenie. Jestto niejako rodzaj szyny, którą wykonano, zginając drut srebrny w postaci szpilki od włosów. Szynę tę owiniętą gazą jodoformową wprowadzono tępym końcem przez ujście zewnętrzne do cewki tak daleko, że koniec jéj leżał w dośrodkowym odcinku, a więc sięgał po za miejsce zranienia jeszcze na dwa ctmtry. Zespojenie rany nastąpiło dopiero po nad tą szyną. Zewnętrzne końce drutu odgięto ku tyłowi, a następnie poprowadzono na około prącia, tuż po za miejscem zespojenia rany. Ranę zasypaną jodoformem pokryto paskami gazy jodoformowéj, za pomocą któréj przymocowano również oba zewnętrze końce drutu leżącego w cewce.

Na ten opatrunek robiono przez kilka pierwszych dni okłady z 4% roztworu kwasu borowego, zmieniane co godzina. Z przetoki tylnéj wyjęto dren, a w miejsce jego wprowadzono do pęcherza cewnik Nélatona, do którego dodano długi wąż elastyczny, sięgający do naczynia ustawionego obok łóżka. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, a stan chorego ze wszech miar zadowalający. Chory ani razu nie gorączkował. 24 czerwca, to jest siódmego dnia po operacyi, zmieniono gazę jodoformową, przyczém okazało się, że w otoczeniu rany nie ma żadnego obrzmienia, a brzegi są dokładnie spojone. Wyjęto kateter w celu oczyszczenia, gdyż światło jego było zatkane solami moczowemi. Szwy pozostawiono przez 17-cie dni, a po wyjęciu ich wprowadzono do pęcherza cewnik Nélatona przez ujście zewnętrzne, aby tym sposobem zagoić granulującą przetokę tylną. Zagojenie to nastąpiło pod maścią z azotanu srebrowego w przeciągu sześciu dni. 10-go lipca, a więc niespełna w pięć tygodni po rozpoczęciu leczenia, chory po raz pierwszy oddał mocz bez cewnika, przyczém stwierdzono, że cała jego ilość odpływa przez prawidłowe ujście zewnętrzne, a w miejscu byłéj przetoki nic się nie wydobywa. Po kilkodniowéj obserwacyi chory wyjechał z Krakowa. Według wiadomości, którą otrzymałem od ojca chorego w końcu grudnia ubiegłego roku, pacyjent jest zupełnie zdrów, oddaje mocz tylko ujściem prawidłowém, a prąd jego tak co do kierunku jak i grubości nic do życzenia nie pozostawia.

Przytaczając pomyślny wynik leczenia w opisanym przypadku, mam przekonanie, że został on osiągniętym przez aseptyczne gojenie się rany, a główną ku temu pomocą było zabezpieczenie jéj od dopływu moczu przez utworzenie tymczasowéj przetoki w części tylnéj cewki. Wprawdzie prace Menzla, Simona, Murona i innych wykazały, że świeży, kwaśny mocz nie przeszkadza gojeniu rany, chociaż się nie zakłada *kateteru à demeure*, czego dowodem są korzystne wyniki, jakie otrzymano przy leczeniu przetok pochwowo-pęcherzowych, mimo to pozostaje jeszcze dosyć warunków, dla których obecność jego staje się szkodliwą. Przepływając przez cewkę część moczu łatwo może dostać się między brzegi rany, gdzie się zatrzymuje, rozkłada i drażni nowo wytworzoną tkankę. W ten sposób chemicznie niweczy rychlozrost i daje powód do ropienia, które w pobliżu ciał jamistych, łatwo daléj się szerzy i groźne niekiedy sprowadza objawy. Niemniéj ważnym jest wpływ, jaki przepływający mocz mechanicznie wywiera, bo usuwa on pierwszy i konieczny warunek do gojenia, to jest spokój rany. W zwykłych warunkach ściany cewki moczowéj przylegają do siebie, strumień zaś moczu oddala je z pewną gwałtownością, a siła ta w tym przypadku musi być nieco większą, gdyż w okolicy rany powstaje choćby małe obrzmienie tkanek, a to jest powodem

że przepływający strumień moczu na większe napotyka trudności. Z drugiéj strony i mocz zupełnie świeży może być szkodliwy, jeżeli jest za kwaśny, daje bowiem powód do osadów soli moczowych w postaci maleńkich kamyczków, które, jak to miało miejsce w przypadku Verneuilla (*Centralblatt f. Chir. Nr, 36* r. 1885), dają powód do powstania nowéj przetoki. Opierając się na pracach przytoczonych autorów, wykazujących, że świeży kwaśny mocz nie wpływa szkodliwie na gojenie ran, radzili niektórzy, jak Weinlechner (*Wien. med. Presse* 1869 Nr. 11), aby w leczeniu przetok cewki moczowéj obchodzić się bez zakładania cewnika na czas dłuższy i wprowadzać go tylko w razie zatrzymania moczu. Do wypowiedzenia tego zdania skłoniło go smutne doświadczenie, albowiem we wszystkich czterech przez niego operowanych przypadkach powstały po założeniu *katcteru à demeure* przetoki następowe w części tylnéj prącia. Nieliczne próby, jakie w tym kierunku wykonano, zupełnie się nie powiodły, a Czerny przyznaje, że w dwóch przypadkach starał się zamknąć przetokę dozwalając na odpływ moczu drogą naturalną, lecz po kilku dniach musiał to postępowanie porzucić i powrócić do cewnika. Mimo więc tych eksperymentów doświadczenie na chorych poucza, że we wszystkich warunkach mocz utrudnia osiągnięcie rychłozrostu, niezbędnego w każdej operacyi plastycznéj i że usunięcie jego dopływu do rany jest pierwszym warunkiem do zagojenia przetoki.

Zachodzi atoli pytanie, w jaki sposób cel ten da się najłatwiéj osiągnąć? Pozostawienie cewnika przez dłuższy przeciąg czasu nie usuwa złego, po kilku bowiem dniach, skutkiem zwiotczenia zwieracza pęcherza, mocz przepływa obok jego sciany, a nadto dosyć często czy przez mechaniczne zadrażnienie czy téż skutkiem zbytecznego ucisku powstaje ropne zapalenie ścian cewki, które prowadzi do przebicia i powstania nowéj przetoki zwykle tuż przy nasadzie prącia. Tym niedostatkom starano się zapobiedz w rozmaity sposób. Aby usunąć dostawanie się moczu do rany obok ścian cewnika, połączył go Dittel z elastycznym wężem sięgającym do naczynia ustawionego pod łóżkiem chorego. Wąż ten działa bezprzestannie na treść pęcherza jako lewar, przez co ma przeszkadzać zatkaniu się światła cewnika solami moczowemi, śluzem i ograniczać amoniakalny rozkład moczu. W tymże samym celu Otis (*Hypospadias. Cure by a single operation. Nev. York. med. Record. Aug. 21. 1880*) operując znaczną przetokę tuż za żołędzią położoną postąpił w ten sposób, że przed spojeniem rany wprowadził do cewki przez ujście zewnętrze obszerną rurkę srebrną sięgającą po za przetokę, a przez nią cieńki cewnik gumowy do pęcherza i wykluczywszy tym sposobem dopływ moczu osiągnął wyleczenie. Polecane przez niektórych wprowadzanie cewnika w miarę potrzeby dwa lub trzy razy dziennie, jakkolwiek zapobiega powstaniu odleżyny, sprawia silne zadrażnienie mechaniczne, a nadto postępowanie to w wielu razach, zwłaszcza u dzieci, jest do wykonania niemożebne.

Podana przez Pembertona punkcyja pęcherza przez odbytnicę, wykonana została, o ile mi wiadomo, raz tylko przez Weira *(On urinary fistula in the antescrotal region. The med. Record. 1878 Apr. 13)*, lecz chory nie mógł znieść kaniuli i po dwóch dniach trzeba ją było usunąć.

Zaleconą przez Segalasa i Dieffenbacha metodę, to jest założenie tymczasowéj przetoki po za istniejącą, wykonano w przypadkach zebranych przez Czernego pięć razy, a otwarto w tym celu cewkę od zewnątrz w części błoniastéj, trzy razy zaś odprowadzano mocz już istniejącą przetoką dośrodkową. We wszystkich ośmiu przypadkach nastąpiło zamknięcie przetoki. Metody téj użył również w opisanym przypadku prof. Mikulicz i osiągnął zupełne wyleczenie po jednorazowéj operacyi w przeciągu pięciu tygodni. Z pomiędzy zebranych przezemnie historyj chorób w podobny sposób operował tylko Clutton (*Lancet* r. 1883. *Dec.* 8 p. 980). W jego przypadku rozchodziło się o zamknięcie dwóch wielkich przetok, powstałych w skutek periuretralnych ropni w przebiegu rzeżączki. Po wykonaniu uretrotomii zewn. w części błoniastéj zespoił on odświeżone powierzchnie za pomocą szwu podwójnego: powierzchownego łączącego skórę i głębszego z drutu srebrnego. Zupełne zagojenie przetoki przez rychłozrost miało miejsce w przeciągu 17 dni. W operowanym przez siebie przypadku prof. Mikulicz wykonał tymczasowe otwarcie cewki w części jamistéj, a nie błoniastéj, jak to powszechnie dotąd robiono. Modyfikacyja ta jest ważną z tego powodu, że w czasie poprzedzającym zespojenie przetoki nie trzeba koniecznie wprowadzać cewnika do pęcherza, ale wystarcza wsunąć do cewki krótki dren, przyczém chory może chodzić i oddawać mocz w razie potrzeby, przez co unika się zadrażnienia pęcherza, jakie leżący w nim cewnik wywołuje. Wykonanie cięcia zewnętrznego cewki w leczeniu bliznowatych przetok téjże jest, zdaniem mojém, najpewniejszym sposobem odwrócenia moczu od rany i nie stanowi wcale nowego powikłania sprawy. Korzyści, jakie przez to osiągamy, jak wykazują przypadki prof. Mikulicza i Cluttona, są: znaczne bardzo skrócenie czasu leczenia i najprawdopodobniejsze osiągnięcie rychłozrostu. Zarzut, że i ta metoda nie jest zupełnie bezpieczną, gdyż mocz, mimo przetoki tylnéj, dostaje się niekiedy do rany, da się łatwo usunąć, jeżeli tę wstępną operacyję wykona się kilka dni pierwéj przed właściwą uretrorafiją, przez co chory przyzwyczaja się do oddawania moczu nowym otworem, a powtóre przez wprowadzenie do cewki cienkiéj szyny, owiniętéj jakąś tkaniną antyseptyczną, n. p. gazą jodoformową, jak to miało miejsce w przypadku prof. Mikulicza, która nawet w razie dostania się kilku kropli moczu do rany zobojętnia jego działanie. Szyna ta jest również w przypadkach całkowitego przerwania cewki ważną, bo utrzymuje oba odcinki cewki w położeniu nadaném im podczas operacyi i zapobiega ich przesunięciu nawet w razie wzwodu członka, a przez to ułatwia zlepienie się powierzchni rannych. Metodę tę uważam téż za równie bezpieczną a mniéj mozolną tak dla lekarza jak i dla chorego, niż punkcyję pęcherza górną, połączoną z aspiracyją, wykonywaną dwa razy dziennie.

Ważnym czynnikiem śród wykonania uretrorafii jest wybór odpowiedniego materyjału do szycia. Jakkolwiek jedwab lub katgut, przyrządzony według najnowszych wymagań antyseptyki, jest materyjałem zupełnie aseptycznym, to przecież szew z drutu srebrnego przy téj właśnie operacyi zasługuje niezawodnie na pierwszeństwo, nie dozwala albowiem wsiąkania moczu lub jakiéjkolwiek wydzieliny i zapobiega wytwarzaniu się przetok włosowatych, które dawniéj prawie zawsze w miejscu szwów występowały.

III. Oceny i sprawozdania.

Z pracowni Pasteura.

W Nrach 46 i 47 Przeglądu Lekarskiego podano w roku zeszłym treść wykładu Pasteura mianego w Akademii Umiejętności dnia 26 października. Niedawno zabrał P. powtórnie głos w Akademii w przedmiocie swoich szczepień i zawia-

domił, że osoby, które pierwsze szczepił, cieszą się dotąd zupełnem zdrowiem: owczarz Jupille i chłopiec nazwiskiem Meister. Z początkiem lutego b. r. obejmowała kazuistyka P. 260 chorych, obecnie obejmuje już 385. Liczby te wskazują, jak dawniéj lekceważono te nieszczęśliwe przypadki — ogólnie bowiem uważano je za przypadki rzadkie. Powody zatajenia pochodzenia pewnych obrażeń są jasne a nadto starano się wszędzie ukrywać przed pokąsanym fakt, że zwierzę było chore, aby w skutek przerażenia nie wywołać lub nie przyspieszyć, jak mniemano, wybuchu wścieklizny u pokąsanego.

Przy pomocy licznych swoich współpracowników, wśród których Dr. Grancher zyskał sobie najwięcéj uznania ze strony szefa, ułożył P. dokładne statystyczne tablice zaszczepionych. Aby uniknąć błędów postarał się w najliczniejszych przypadkach o certyfikaty ze strony weterynarzy lub lekarzy, którzy wykonali sekcyje zwierząt zabitych i stwierdzili, że takowe były dotknięte zarazą. W kilku przypadkach można było udowodnić fakt, że zwierzęta były chore przez szczepienia rdzenia takowych królikom, które zapadały na wściekliznę. Leczeniu nie poddawano również osób, które jedynie ze strachu zgłaszały się do P., a których suknie nie były nawet uszkodzone w okolicy ciala, gdzie ukąszenie miało miejsce. Najczęściéj zgłaszali się pokąsani już kilka dni po doznaniu obrażenia, kilkunastu dopiero po upływie kilku tygodni, z tych zasługuje na uwagę mężczyzna pokąsany dnia 25 października, który dopiero 27 dni zgłosił się do Pasteura i był systematycznie szczepiony. Chory pies pokąsał oprócz tego człowieka siedem świń i dwie krowy. Zwierzęta zapadły na wściekliznę i wszystkie poginęły wśród jéj objawów. Ta okoliczność dopiero zwróciła uwagę pokąsanego, który udał się do Pasteura. I w tym przypadku stwierdził weterynarz przy sekcyi, że pies był chory a mężczyzna do dnia dzisiejszego cieszy się zdrowiem.

Na 385 szczepionych zmarł tylko jeden, ale też w tym przypadku zgromadziły się niejako wszelkie dla leczenia najniekorzystniejsze warunki. Pasteur zakończył naukową część wykładu swego słowami: „Jeżeli się zważy, że od ukąszenia do wybuchu choroby upływa co najwięcéj dwa miesiące a czas ten upłynął już u największéj liczby zaszczepionych, dojdzie się do wniosku, że nowa metoda ostala się w obec prób.“ Wreszcie nadmienił P., że stara się, ażeby metoda jego mogła uratować jak najwięcéj chorych i jest za założeniem międzynarodowego Zakladu dla szczepień przeciw wściekliznie. Akademija poleciła osobnéj komisyi pod przewodnictwem prof. Vulpiana rozpatrzenie się w téj kwestyi a po upływie kilku tygodni przyjęła jednogłośnie następujące wnioski wspomnianéj komisyi: 1) Zakład mający powstać dla osób, które się będzie poddawać szczepieniu ochronnemu przeciw wściekliznie ma nosić nazwisko: Z a k ł a d u P a s t e u r a. 2) W Zakładzie tym mają być szczepieni nietylko pokąsani pochodzący z Francyi lecz i cudzoziemcy. 3) Otwiera się publiczną subskrypcyję na cele tego zakładu. 4) Nad użyciem zasobów pieniężnych w ten sposób zebranych czuwać będzie osobna komisyja, składająca się nie tylko z członków Akademii i uczonych, lecz także osób ze sfery finansistów. (*Wien. med. Bl.* Nr. 11). *S.*

S i l v i o V e n t u r i: **O zażywaniu tabaki przez zdrowych, obłąkanych i zbrodniarzy.**

Autor zadaje sobie pytanie, czy zażywanie tabaki dla obłąkanych należy uważać za pożyteczne, czy też szkodliwe i stósownie do tego, czy zezwolić na nie w zakładach dla obłąkanych, czy też je najlepiéj z nich usunąć. Aby odpowiedzieć na to pytanie, stara się przy pomocy liczebnych zestawień zbadać przedewszystkiém przyczyny zażywania tabaki i przytacza co następuje.

Ludność zakładów dla obłąkanych przewyższa zdrową więcéj niż o połowę względną liczbą tabaczarzy. Jeszcze większą jest liczba tychże między więźniami; coby dowodziło, że im niżéj się zstępuje na szczeblach zwyrodnienia umysłowego, tém więcéj się spotyka tabaczarzy. I wiekiem wzrasta ich liczba, lecz obłąkani wcześniéj i prędzéj dochodzą do szczytu; zdrowi zaś późniéj zaczynają a liczba ich z początku zwolna, potém coraz prędzéj się zwiększa; w końcu przewyższają liczbą nawet chorych. Najbardziéj uderzającym jest ten stosunek u kobiet, które poza zakładem do 50 roku słabo tylko zażywają tabakę, potém jednak aż do 84% całéj ludności; w zakładach w żadnym wieku nie przekraczają liczby 7,14%.

Chorzy nawykają do zażywania tabaki w znacznéj części (40%) w zakładzie, zbrodniarze przed uwięzieniem, z czegoby można wnosić, że pozbawienie wolności nie jest przyczyną zażywania tabaki; również nie należy myśleć o naśladowaniu. Przyczyny należy raczej szukać w potrzebie chorego lub do choroby usposobionego ustroju. Sami chorzy podawali za przyczynę zażywania tabaki zaburzenia nerwowe, jakie często znajdujemy jako zwiastuny chorób umysłowych, tak np. ból głowy, odurzenie, ból w oku, zawrót, osłabienie pamięci itp. To samo u zdrowych. W późniejszym wieku istnieje zwykle uczucie zmniejszonéj wytrwałości i osłabienia siły żywotnéj, które prawie bezwiednie staje się przyczyną zażywania tabaki. Przewlekłe nieżyty nosa i jam sąsiednich mogą niekiedy czynność mózgu znacznie upośledzić a nawet sprawić prawdziwe zaburzenia umysłu. Nawyknienie u zdrowych, którzy używają tytoniu do należytego skupienia zbyt wytężonéj pracy umysłowéj, uważać należy za stojące między zdrowiem a chorobą. To wszystko skłaniałoby do wypowiedzenia twierdzenia, że zażywanie tabaki jest znakiem chorobowego rozwoju narządu ośrodkowego lub upadku władz umysłowych.

I rzeczywiście w nadziei, jaką pokładają w tabace zdrowi, a nawet chorzy, nie doznają zawodu ani jedni ani drudzy: zdrowi nie mają o tém żadnéj wątpliwości, a chorzy chwalą sobie tabakę. Pewniejsze i cenniejsze są jednak wywody z fizyjologicznego działania tabaki. Z tego działania uwzględnić trzeba tylko zadrażnienia nerwów czuciowych i działanie odruchowe. O działaniu trującém nawet niema co wspominać, bo proszek za krótko leży na błonie śluzowéj. Z pomiędzy objawów mają znamiona odruchowości: wydzielanie łez, toż śluzu w nosie, w końcu kichanie. Choć samo wąchanie tabaki nie sprawia tabaczarzowi żadnéj przyjemności, to jednak i jemu nie można odmówić jakiegoś udziału w działaniu, gdyż tytoń nie da się zastąpić przez żaden inny, przez odruch działający, bezwonny lub o innym zapachu proszek, np. korzeń ciemierzycy. Z działania odruchowego miejscowéj podniety na ośrodki woli wynika działanie na umysł, które polega na przyjemném pobudzeniu czynności mózgu. I wiele innych środków odznacza się takim odruchowym wpływem. Tak najbliższém zażywania tabaki jest palenie tytoniu; następnie kwiaty i zapachy, muzyka itp. wszystkie wywołując zmysłowe wrażenia, mogą odruchem działać ożywiająco na narząd ośrodkowy. Możnaby nawet twierdzić, że czynność ośrodków nigdy nie jest całkiem dobrowolną, lecz zawsze zależną od wrażeń zmysłowych.

Działania zapobiegającego chorobom umysłowym nie

można się w tabace dopatrywać, o leczniczych skutkach nic się powiedzieć nie da. Jednak w przygnębieniu umysłu należy się uciec do tabaki, jak uciekamy się w omdleniach do drażnienia skóry i mocnych zapachów. Również nie pokusimy się o odzwyczajenie chorych od tabaki, która stała się ich potrzebą. *(Centralblatt f. Nervenheilkunde* 1886. Nr. 2).

S. Świerz.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia z dnia 20 lutego 1886 r.

Przewodniczący Towarzystwa Dr. Alfred Biesiadecki stwierdziwszy, iż statutem wymagana liczba Delegatów jest obecną, otwiera posiedzenie o godzinie 11 przed południem i wita zgromadzonych.

Sekretarz jeneralny Dr. Merunowicz odczytuje spis delegatów obecnych na posiedzeniu i tak: Towarzystwo lekarskie krakowskie jest reprezentowane przez Dra Żegotę Krówczyńskiego; Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. przez Drów Emila Merczyńskiego, Antoniego Schattauera i Ziembickiego (syna); Sekcyja bocheńska przez Dra Edwarda Witkowskiego z Szczurowy, Sekcyja czortkowska przez Dra Ferdynanda Obtułowicza z Buczacza; Sekcyja brzeżańska przez Dra Andrzeja Hordyńskiego z Rohatyna; Sekcyja jasielska przez Dra Jana Biesiadeckiego z Jasła; Sekcyja kołomyjska przez Dra Władysława Piaskiewicza z Kołomyji; Sekcyja przemyska przez Dra Ferdynanda Cassinę z Przemyśla; Sekcyja rzeszowska przez Dra Józefa Barzyckiego z Rzeszowa; Sekcyja samborska przez Dra Franciszka Niedźwieckiego z Sambora; Sekcyja stryjska przez Dra Bolesława Serkowskiego z Stryja; Sekcyja stanisławowska przez Dra Wacława Machnowskiego z Stanisławowa; Sekcyja żółkiewska przez Dra Antoniego Broniowskiego z Sokala; Sekcyja tarnowska przez Dra Józefa Merunowicza ze Lwowa; Sekcyja złoczowska przez Dra Albina Waligórskiego z Przemyśla.

Delegat Towarz. lek. krak. Dr. Zygmunt Rieger usprawiedliwił swą nieobecność ważną sprawą familijną.

Ze strony Rady Zawiadowczéj byli obecni Dr. Alfred Biesiadecki, Dr. Aleksander Littich ck. weterynarz krajowy, Dr. Karol Smutny i Dr. Oskar Widman.

Przez aklamacyję został Dr. Alfred Biesiadecki wybrany Przewodniczącym Walnego Zgromadzenia.

1. Sekretarz jener. odczytuje sprawozdanie Rady Zawiadowczéj za r. 1885 ze stanu Towarzystwa i z czynności téjże Rady oraz z zarządu fundacyją śp. Bonifacego i Magdaleny Stillerów. Sprawozdanie to drukowane będzie rozesłane wszystkim członkom Towarzystwa.

2. Skarbnik jeneralny kol. Littich odczytuje sprawozdanie kasowe za rok 1885, poczém delegat Obtułowicz imieniem komisyi rewizyjnéj oznajmia, że taż komisyja sprawdziła stan kasy i ksiąg i znalazła wszechstronny porządek i na téj zasadzie wnosi: Walne Zgromadzenie udziela Radzie Zawiadowczéj absolutorium z rachunków za rok 1885. — Wniosek komisyi rewizyjnéj przyjęto jednomyślnie.

3. Sekretarz jen. odczytuje szczegółowe sprawozdanie kasowe z gospodarki w Morszynie za r. 1885, a Przewodniczący udziela dokładnych wyjaśnień w tym względzie zachęcając w końcu kolegów do bliższego zaznajomienia się z wyrobami zdrojowemi morszyńskiemi. — Zgromadzenie przyjęło to sprawozdanie do wiadomości i na wniosek deleg. Barzyckiego uchwala jednomyślnie Radzie Zawiadowczéj podziękowanie za gorliwą i skuteczną działalność w interesie Towarzystwa.

4. Sekretarz jener. przedstawia prośby trzech wdów o udzielenie im stałéj pensyi z funduszów Towarzystwa i wnosi imieniem Rady zawiadowczéj, aby wdowie p. W., która już w roku bieżącym otrzymała zapomogę w téj wysokości, ile zwykle stałe pensyje naszych wdów wynoszą, nie udzielić w tym roku pensyi stałéj i wyczekać, czy ta wdowa otrzyma od wys. Rządu pensyję i w jakiéj wysokości. Drugiéj wdowie p. K., która także otrzymała w bieżącym roku zapomogę, wnosi sekretarz, aby także nie udzielić pensyi, natomiast jéj jedynastoletniemu synowi, celującemu uczniowi drugiéj klasy gimnazyjum Franciszka Józefa we Lwowie, udzielić pensyję stałą po 60 złr. aż do skończonego 18 roku życia. Trzeciéj wdowie p. A., która otrzymała zapomogę w kwocie 30 złr., wnosi sekretarz imieniem Rady Zawiadowczéj aby udzielić jéj pensyję stałą w kwocie 60 złr. w. a. a to na zasadzie, iż śp. mąż jéj od r. 1877 był członkiem Towarzystwa i nie pozostawił żadnego majątku. — Wszystkie powyższe wnioski przyjmuje Walne Zgromadzenie jednomyślnie.

5. Sekretarz przedstawia sprawę sierot po śp. Drze B., który wprawdzie nie był członkiem Towarzystwa, więc jego sieroty nie mają właściwie prawa korzystania z funduszów Towarzystwa, lecz wyjątkowy stan tych małoletnich sierot bez ojca i matki zniewala Radę Zawiadowczą do zajęcia się tą sprawą. I tak najstarszy syn po śp. Drze B. umieszczony jest jako praktykant handlowy, córkę przyjęła za staraniem przewodniczącego Towarzystwa JW. hr. Mierowa na wychowanie, dwoje więc starszych nie potrzebuje opieki Towarzystwa, lecz najmłodszy syn siedmioletni znajduje się wprawdzie chwilowo w dobrém umieszczeniu, lecz od początku roku szkolnego potrzeba będzie, aby Towarzystwo zajęło się jego losem. Z téj przyczyny wnosi Rada Zawiadowcza, Walne zgromadzenie uwzględniając wyjątkowe położenie sieroty po śp. Drze B. upoważnia Radę Zawiadowczą do wydania 60 złr. w r. 1886 na wychowanie téj sieroty. — Wniosek ten zostaje jednomyślnie przyjętym.

6. Co do sposobu wykonania uchwały zeszłorocznegu Walnego Zgromadzenia uchwalono na wniosek deleg. Barzyckiego, aby wszyscy lekarze z kraju wysłali jedną petycyję do Rady państwa w sprawie polepszenia wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie; Rada Zawiadowcza zaś wniesie podobną petycyję imieniem Towarzystwa lekarzy galic. do Wys. Ministerstwa sprawiedliwości, niemniéj téż postara się o poparcie swych starań przez Deputowanych pp. dra Rosera i Dra Stanisława Madejskiego. — Zbieraniem podpisów na petycyję do Rady Państwa zajmie się uproszony do tego kolega Barzycki z Rzeszowa.

7. Uchwalono za pośrednictwem delegatów Towarz. lek. gal. zasiadających w komitecie redakcyjnym Przeglądu Lekarskiego wyrazić życzenie, aby protokóły z posiedzeń sekcyjnych rychléj były drukowane niż dotychczas, aby oraz Redakcyja uwzględniała więcéj krajowe sprawy sanitarno administracyjne i w ogóle hygijenę.

8. Delegat z Kołomyji kol. Piaskiewicz wnosi aby Rada Zawiadowcza dołożyła starań około rozbudzenia życia umysłowego w sekcyjach.

9. Do komisyi rewizyjnéj na rok 1886 wybrano delegatów sekcyi przemyskiéj i złoczowskiéj.

10. Prezesem Towarzystwa obrano Dra Alfreda Biesiadeckiego, zastępcą prezesa Dra Adama Czyżewicza, członkami Rady Zawiadowczéj Dra Władysława Bylickiego, Dra Karola Smutnego i Dra Oskara Widmana. Wszystkie te wybory wykonano jednomyślnie, i wszyscy powyżsi koledzy wchodzili w skład Rady Zawiadowczéj już w roku poprzednim.

Sekretarz jeneralny obrany w r. 1885 na trzecie trzechlecie urzęduje nadal, tożsamo skarbnik jener. kol. Aleksander Littich jeszcze do r. 1886; nadto delegatami ze strony Towarz. lek. krak. pozostają nadal koledzy Dr. Zygmunt Rieger i Dr. Żegota Krowczyński.

Na tém zakończono posiedzenie i uwolniono sekretarza od odczytania protokółu.

Dr. Józef Merunowicz sekretarz jener. — *Dr. Biesiadecki* prezes.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16 grudnia 1885 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 29. W zastępstwie chorego sekretarza kol. Kramarzyński.

1. Kol. Pieniążek mówił o „działaniu kokainu jako środka miejscowo znieczulającego“. Kokainu używa prelegent od roku tak przy rękoczynach w jamie nosowéj jak i w krtani. Początkowo nie widział żadnych skutków, co przypisuje preparatowi niebędącemu wcale kokainem, przy operacyjach jednak późniéj wykonywanych z kokainem świeżo sprowadzonym, otrzymywał zawsze zupełne znieczulenie miejscowe. Te doświadczenia przekonały go, że najsłabiéj działa pędzlowanie rozczynem wodnym, silniéj wyskokowym, najsilniéj wstrzykiwanie śródmiąższowe roz-

czynu wodnego. Roczyn do wstrzykiwań był 5%—10%, do pędzlowań 15%—25%. Jeżeli chodzi o głębsze nacięcie lub wycinania, pędzlowanie nie wystarcza, działając powierzchownie a nie znieczulając warstw głębiéj położonych. Wtedy uciec się należy do wstrzykiwań śródmiąższowych w ten sposób, że część mającą się wyciąć lub wypalić głębiéj, należy nakłuć długą igiełką i za pomocą strzykawki Pravaza wstrzykiwać w kilka miejsc po pół do jednéj, do dwóch kropli 5—10% rozczynu wyskokowego kokainu, poczém w parę minut występuje zupełne znieczulenie, tak że operowany nic zgoła nie odczuwa. W ten sposób operował ośm polipów krtani za pomocą pędzlowań, pięć nosa za pomocą wstrzykiwań śródmiąższowych, czterech chorych z przyczyny przerostu błony śluzowéj nosa, cztery zaś polipy nosa przy zastosowaniu pędzlowania, jednego chorego z powodu *laryngitis hypertrophica post luem*, u którego przyszło do zwężenia krtani z przyczyny wybujałości bliznowatych tak, że więzadeł, jako takich, wcale nie można było rozpoznać. Częściowo zatém te wybujałości wycinał, częściowo wypalał znieczuliwszy poprzednio wstrzykiwaniami śródmiąższowemi wszystkie części mające być wyciętemi. Znieczulenie występowało zawsze zupełne, tak że operowany nie czuł, co się w jego krtani odbywało. Równocześnie zauważał prelegent u tego samego chorego inny doniosły objaw, a mianowicie, że po zastrzyknięciu poprzedniém morfinu chory znalazł się w stanie zapadu z zatrucia morfinem, a któryto zapad po zastosowaniu podskórném kokainu (0·5) natychmiast usunięto, tak że po dwóch minutach chory zupełnie przyszedłszy do siebie poddał się zaraz rękoczynowi. To wskazywałoby, że środek w mowie będący stanowi doskonałą odtrutkę na morfin, o czém miał jeszcze nieraz sposobność przekonać się. Ilość wstrzykiwanego kokainu wystarczała 0·1—0·2 a nawet 0·4 na raz, rozdzieliwszy ją na kilka pojedynczych okolic części operowanéj, wstrzykując w każdą po ½—1 kropli. Chory operowany odzyskał głos tak, że mówi a nawet komenderuje, chociaż do śpiewu nie kwalifikowałby się, przedtém zaś wcale głosu nie miał. Ze sposobem podanym przez Wölflera, że mając ciąć w skórze należy wstrzykiwać nie podskórnie lecz w sam miąższ skóry, w częściach zaś głębszych w miąższ tychże, prelegent zgadza się zupełnie, albowiem przecinając np. ropnie po zastosowaniu kokainu w sposób nadmieniony, nie sprawiał chorym bólu, jak również skoro wycinał migdały zastrzyknąwszy w miąższ tychże 0·05 kokainu naraz. Podobnież operując w jamie nosowéj, wyłuszczając polipy itp. wstrzykuje najwyżéj 0·4 na posiedzenie, lecz ponieważ pewna część rozczynu wraca napowrót z krwią wypływającą z nakłucia, niewszystek zatém kokain wstrzyknięty przechodzi do krwi, ilość więc wprowadzona do organizmu jest mniejszą, niż ta, którą się wstrzyknęło, jeżeli się uważa, aby chory nie połykał części wypływających. Pędzlowania używa, skoro chodzi o znieczulenie powierzchowne, np. przy wyskrobywaniu, sondowaniu, badaniu itp. w krtani, gdzie chodzi o odruchy, nie o ból. Przypadku zatrucia kokainem nie miał dotąd żadnego. Tak więc uważa prelegent kokain za lek znieczulający i to powierzchownie za pomocą pędzlowania lub podskórnie, a względnie śródmiąższowo stosowany. Rozczyn wodny 5%—10% jest zupełnie wystarczający do wywołania głębokiéj analgezyi, do powierzchownéj zaś rozczyn wyskokowy 15%—25%.

W dyskusyi kol. Rydel oświadcza, iż także przeszło od roku używa kokainu w rozczynie wodnym naturalnie (ze względu na oko) 5%—10% a nawet 2%—3% i operował już przeszło 200 chorych w ten sposób, osiągając znieczulenie, musiał jednak wkraplać rozczyn do oka dosyć często w czasie operacyi, aby utrzymać znieczulenie w jednakowéj sile. Znieczulenie jednak zawsze występowało powierzchowne, bo uchwycenie tęczówki i jéj wycinanie sprawiało już ból dotkliwy, radzi więc sobie w ten sposób, że w samą ranę wkrapla kokain, przez co ból zupełnie usuwa. Ujemną stronę stanowi dosyć obfite krwawienie, które pochodzi od zmniejszonego ucisku śródocznego, co właśnie sprawia kokain, tak że pole operacyjne bywa zupełnie krwią zalane.— Kol. Szymkiewicz nie widział nigdy skutku dobrego ze stosowania kokainu w dentystyce, a to z téj przyczyny, że go do właściwego miejsca bólu zastosować nie można, ani za pomocą pędzlowań, ani téż zastrzykiwań. Raz tylko przy odsłoniętéj pulpie, a drugi raz przez wlanie do wypróchniałéj jamy zębowéj 40% rozczynu i zakitowaniu, po 24 godzinach można było założyć plombę, a ból ustał zupełnie. — Kol. Żuławski używał kokainu w ostrych otruciach morfinem, w których rzeczywiście zadziałał jako dzielna odtrutka; lecz morfiniści stają się za to kokainistami. Po zastrzyknięciu 1·00—2·00 nie widział żadnych złych następstw. Stosował go u choréj na stupor, która po zadaniu go odzyskała wesoły humor i stupor ustąpił chwilowo.

2. Przystąpiono do wyboru urzędników Tow. na rok przyszły. Wybrani zostali: Prezesem ponownie kol. A. Rosner, wiceprezesem kol. J. Mikulicz, sekretarzem stałym kol. Kwaśnicki, sekretarzem dorocznym kol. Dobruchowski, podskarbim kol. Zarewicz, biblijotekarzem kol. Murdzieński, delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowski, redaktorem Przeglądu Lek. redaktor dotychczasowy, przewodniczącym komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa kol. Oettinger, delegatami do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. koll. Krówczyński i Rieger we Lwowie, członkami Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. koll. Cybulski, Korczyński, Oettinger i Jordan. Rada Zawiadowcza Tow. lekarzy galicyjskich wybrała członkami Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. koll. Rydla i Grabowskiego.

Dr. Dobruchowski.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Topografija kraju i zacytowane miejscowości, gdzie tak ludność jak i feodalni rządzcy nic nie przedsiębiorą z własnéj inicyjatywy ku polepszeniu swych warunków zdrowotnych, zmusiły mnie do zbyt może obszernego traktowania téj kwestyi. Byłato jednak jedyna droga ku łatwiejszemu uwydatnieniu istotnych warunków zdrowotnych w Persyi, o których wiemy bardzo mało, tak prawie jak nic, pomimo że higijeniści współcześni już od dawna winni byli zwrócić na to swoją uczoną uwagę. Było to zaś tém więcéj konieczném, ażeby wytłumaczyć tak ogółowi jak i sąsiadom bezpośredni mających w tém interes, dla czego Pers z jakiéjkolwiek pochodzi okolicy i do jakiéjkolwiek należy kasty wyznaniowéj, wzbudza zawsze wstręt i swoją postacią utrwala opiniję, że bliższe z nim obcowanie naraża na odczucie pewnych wpływów, najlepiéj charakteryzujących ogólną tutejszą niechlujność. Łatwo to nam tłumaczy powyższy pogląd wykazujący, w jakich warunkach higijenicznych żyje dzisiejszy gnuśny potomek dawnych Persów i Medów.

Pewnik, że higijena tak ogólna jak indywidualna, prócz przyczyn miejscowych pozostaje jeszcze w zawisłości od zmian atmosferycznych i wynikających ztąd warunków klimatycznych, wymaga podania choćby tylko niektórych szczegółów o samym klimacie Persyi. Ograniczyć zaś muszę tę część mego opowiadania do pewnych tylko danych, ponieważ kilkomiesięczny tu pobyt okazał się zbyt niedostatecznym do przeprowadzenia wyczerpujących studyjów nad zmiennością tutejszego klimatu. Bo o ile było mi łatwem przekonać się o stanie zdrowotnym pewnych punktów, przez które przejeżdżałem, o tyle trudniéjszém było zebranie choćby tylko pewniejszych dat dotyczących ogółu zmian klimatycznych, stopnia ciepłoty, kierunku panujących wiatrów ilości, dni pogodnych i dżdżystych i rozwoju stanów patologicznych, cechujących tę lub ową strefę. Nie mogłem też wiele ufać wiadomościom udzielonym mi przez praktyków znających zaledwie wpływy klimatu po zmianach, jakie wywołuje w paznogciach u rąk i nóg obniżona ciepłota lub téż wyższy jéj stopień. Paznogieć bowiem to cieplomierz perski! Gdy sinieje, to horoskop chłodów. Gdy tracić zaczyna brunatną powłokę nadaną mu barwikiem „Heune“, jestto oznaką przyszłych upałów.

Tak że dla oznaczenia jakości klimatu jedyną podstawą były moje własne spostrzeżenia oraz kilkanaście egzemplarzy perskiego kalendarza, zwanego „Ruzname“ i wydawanego w Teheranie przez grono zaturbanionych uczonych, głównie w celu ścisłego oznaczenia daty rozpoczynającej tutejszy rok nowy, ów ciekawy „Newruz-bajram“, tchnący całą siłą perskiego fanatyzmu, lecz mający w charakterze swych uroczystości coś podobnego do wiosennych uczt poświęcanych przez starożytnych Rzymian czci Apolina.

Geografowie i klimatolodzy stawiają Persyję w rzędzie krajów posiadających umiarkowany klimat. Zdanie to wystarczające dla ogółu, z sanitarnego punktu widzenia rzeczy wymaga pewnéj modyfikacyi. Tam bowiem, gdzie każda prawie prowincyja przedstawia inne warunki klimatyczne, gdzie zima północy i upały południa skupiają swą działalność w pewnych ściśle dających się ograniczyć przestrzeniach, gdzie nad okazami drzew należących do stref zimniejszych dominują banan i palma daktylowa, tam linija izometryczna nie da się przeprowadzić jednem pociągnięciem ołówka i kraj cały wypada podzielić na tyle stref, ile charakterystycznych odmian da się wyprowadzić z ogólnéj cechy klimatu. Co więcéj łańcuch olbrzymich pasm górskich, jaki przedziela od zachodu Persyję od posiadłości otomańskich, jest niejako ścianą, o któréj granitowe pokłady opierać się dają linije długości i szerokości geograficznéj, bo podczas gdy od strony Iraku klimat cechuje się wysokim stopniem ciepłoty, jest suchym, piekącym i umiarkowanym wrazie najsroższéj zimy, po drugiéj stronie górskiego łańcucha klimat charakteryzują bardzo wyraźne i odmienne cechy, tak że warunki klimatyczne spotykane w krajach leżących pod tym samym stopniem szerokości, przeniesione do posiadłości perskich wyróżniają się natychmiast swym stopniem ciepłoty, a nie mniéj też obfitością i rodzajem zarostów roślinnych. — Na tę niejednostajność klimatyczną bezwarunkowy wywiera wpływ przeważnie górzyste położenie rozmaitych miejscowości, między pasmami wzgórz rozlegające się obszerne doliny, zwykle pozbawione drzewnego zarostu, wielka obfitość zbiorników wodnych a nie mniéj też i przyległość dwóch mórz od północy rozbijających swe fale o skaliste wybrzeża Gulanu, od południa zaś, zalewające płaskie i piaszczyste przestrzenie Rhuzistanu. Ztąd też wystarcza przypatrzeć się strojom rozmaitych warstw podróżującéj czy osiadłéj ludności perskiéj, ażeby się przekonać o konieczności niedowierzania warunkom klimatycznym w znacznéj pozostających dali od tych, jakie spotykamy w strefach istotnie umiarkowanych. Ztąd więc taki obywatel z okolic Tebryzu, np. w jakimkolwiek kierunku podróżował, nigdy nie zaniedba wciągnąć na grzbiet dwie lub trzy sukienne i szamerowane „Serdary“, w których czuje się bardzo wygodnie i z niechęcią tylko, a właściwie z obawą, porzuca pewną ilość okrywających go szat, gdy już do tego zmuszą go zbyteczne gorąca. Mieszkaniec Khorosanu, wierny zwyczajowi posiadania w podróży pewnéj ilości żaru węglowego, rusza w drogę zabierając z sobą futrzany kołpak i potężny kożuch barani, które ciągnie z sobą choćby do Kerbeli nawet. Daléj obywatel Isphanu mając zawsze w zasobie futrzaną z czarnego baranka „Kape“, wybornym i obszernym z szerści wielbłądziéj płaszczem usiłuje zabezpieczyć się od wpływu zmian powietrznych. Nieraz to mu się udaje, częściéj jednak znajduje się w konieczności zwrócenia się ku bardziéj cieplejszéj szacie. Jeden tylko na pół nagi Arab z południowych prowincyj, w każdym razie lekki i gibki, zwykł sobie żartować z klimatu, i choć nieraz drży od zimna jak liść osiki, podkurcza co chwila niczém nie okryte nogi, ściąga fałdy szerokiego swego płaszcza, to jednak rozgrzewać się zwykł przekonaniem, że powróci do siebie, aby chlubić się przeszkodami, a których następstw nawet się nie domyśla. Mieszkańcy też a mianowicie lud wiejski są najbardziéj kompetentnymi sędziami w zadecydowaniu o klimacie téj lub owéj okolicy. I na ich to opierając się zdaniu, dzielą Persyję na następne pasy klimatyczne. Pas północny zimny obejmuje prowincyję Karadag i Azerbejdżan od prawobrzeżnych okolic rzeki Arras aż do 37°S. Pas wschodnio-północny umiarkowany leży między 36—38°S. i obejmuje prowincyję Gulan i Mazanderan. Pas umiarkowany położony między 32—38°S. jest najobszerniejszy, obejmuje bowiem Lurystan, Khorosann, część północną Khalejdżystanu i okolicę Ispahanu. Wreszcie pas gorący obejmuje środkowy i południowy Khalejdżystanu i okolicę Ispahanu. Wreszcie pas gorący obejmuje środkowy i południowy Khalejdżystan i wschodnie wybrzeża perskiéj zatoki aż do granic Beludżystanu. Do tego podziału wypada jeszcze dodać obszerne środkowe doliny, w których klimat zdaje się wyłącznie zależeć od kierunku panujących wiatrów i wpływów więcéj lub mniéj znacznego zasobu wilgoci. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka śmiertelności lekarzy. Wykład téj treści miał Dr. William Ogle w „Clinical Society of London“, korzystając ze statystyki Anglii (nie uwzględniając Szkocyi i Irlandyi). Praktykujących lekarzy w Anglii jest 15091. Śmiertelność tychże w latach od 1880 do 1882 wynosiła: między 20—25 rokiem 7,40 na 1000; między 25—45 rokiem 11,57 na 1000; między 45—65 rokiem 28,03 na 1000; po 65 roku 102,85. Śmiertelność średnia 25,53. Ciekawém jest, że śmiertelność ostatnich lat zwiększyła się (w latach 1860—61 wynosiła ii tylko 23,60, w r. 1871 24,68‰). Autor tłumaczy ten przyrost trudniejszemi warunkami bytu. W średniéj klasie żaden zawód ze śmiertelnością lekarzy rywalizować nie może (u duchownych 15,93‰, adwokatów 20,23 a nauczycieli 19·90). W niektórych chorobach śmiertelność lekarzy jest trzykroć większa a zaledwo w 5 rubrykach chorób mniejszą niż w innych zawodach, szczególnie stosunkowo mało umiera lekarzy z suchót płucnych i chorób narządu oddechowego. Stosunek dla tego tak jest korzystny, ponieważ w dziale tym znaczną przewagę ma klasa uboga. Natomiast mają lekarze znaczną przewagę w chorobach zakaźnych z wyjątkiem ospy, co do któréj zabezpieczają się, jak Ogle mniema, dokładniejszém szczepieniem. Zestawienie chorób poszczególnych przedstawia się jak następuje: Płonica 59 lekarzy na 16 wsz. męż. Błonica 59 lekarzy na 14 wsz. męż. Dur 311 lekarzy na 238 wsz. męż. Róża 172 lekarzy na 136 wsz. męż. Choroby wątroby 1744 lekarzy na 744 wsz. męż. Dna 291 lekarzy na 78 wsz. męż. Choroby nosa i gr. krokow. 634 lekarzy na 287 wsz. męż. Org. moczopłciowe 1520 lekarzy na 665 wsz. męż. Cukrówka 284 lekarzy na 108 wsz. męż. Opilstwo 178 lekarzy na 130 wsz. męż. Obok wspomnianéj przewagi w chorobach zakaźnych okazuje się również znaczna przewyżka w chorobach moczopłciowych, dnie, opilstwie i chorobach wątroby, coby wskazywało na to, że rozsądnych przepisów dyjety, które innym polecają, sami nie przestrzegają. Podniesienia godnym jest wreszcie i ten szczegół, że samobójstwo jest wśród lekarzy częstszém, niż w wielu innych zawodach. Od r. 1878 do 1883 zginęło śmiercią samobójczą 128 duchownych, 354 adwokatów a 464 lekarzy. Dla samobójczych celów najczęściéj wybierają truciznę, a z trucizn kwas pruski. (*Deutsch. med. Ztg.*, Nr. 9). *H.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,1. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przy-

padku odry, 2 płonicy, 1 czerwonki. W tygodniu od 28 lutego do 6 marca umarło z ospy: w Warszawie 1, w Budapeszcie 17, w Pradze 4, w Rzymie i Paryżu po 9 Z duru osutkowego umarło w Pradze 2, w Budapeszcie 1, w Petersburgu 3. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 12, w Hamburgu 11, w Paryżu 22, w Petersburgu 21. Z odry umarło: w Rzymie 25, w Paryżu 20, w Londynie 40, w Petersburgu 26. Z płonicy umarło w Petersburgu 28. Z błonicy umarło w Warszawie 12, w Berlinie 36, w Mnichowie 9, w Paryżu 53, w Londynie 32, w Chrystyjanii 10, w Petersburgu 13. Z krztuśca umarło w Londynie 125. Z cholery umarła 1 osoba w Wenecyi d. 9 marca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 lutego do 6 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,9; w Brodach 27,8; w Drohobyczu 49,7; w Kołomyi 37,2; w Przemyślu 40,2; w Stanisławowie 33,0; w Tarnopolu 42,1; w Tarnowie 34,1; w Czerniowcach 31,7; w Warszawie 28,1; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 36,1; w Salcburgu 40,4; w Gracu 41,0; w Tryjeście 33,6; w Insbruku 37,1; w Pradze 45,2; w Opawie 32,6; : w Budapeszcie 36,1; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 29,7; w Bazylei 22,2; w Brukseli 33,9; w Chrystyjanii 36,1; w Genewie 28,1; w Kopenhadze 20,7; w Londynie 26,9; w Odesie 32,3; w Paryżu 30,6; w Petersburgu 38,3; w Rzymie 30,9; w Stokholmie 24,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 marca. W parlamencie wiedeńskim i budapeszteńskim traktowano w ostatnim czasie dwie ważne sprawy zdrowotne. W Wiedniu poseł górno-austryjacki Tausche uzasadnił wniosek swój względem zaprowadzenia ustawy przeciw fałszowaniu pokarmów, a przy téj sposobności dowodził potrzeby utworzenia Państwowego Urzędu zdrowia. Wniosek jego odesłano — do komisyi dla ustawy karnéj, zkąd w najlepszym razie wyjdzie projekt ustawy skierowanéj przeciw fałszowaniu pokarmów, ale nie przyjdzie do zaproponowania Urzędu zdrowia, dla utworzenia którego sfery odnośne w Wiedniu jakoś nie są dobrze usposobione.

Natomiast w Budapeszcie wniosek Földvaryego względem ogłoszenia ustawy mającéj zapobiedz szerzeniu się jaglicy przyjęty został w Izbie poselskiéj bez rozpraw. Według téj ustawy skarb państwa ponosić ma koszta leczenia i pielęgnowania chorych niezamożnych, zapobiegając tym sposobem najskuteczniéj zatajaniu choroby. W Izbie Panów projekt ten, po obronie okulisty i członka téj Izby Dra Hirschlera, również przyjęty został, tak że niebawem stanie się ustawą. Podobna ustawa zdałaby się bardzo i u nas, ale widoczna, że Węgrzy są praktyczniejsi i lepiéj znają potrzeby kraju swego.

* W mieście naszém bawił przez dni kilka prof. Peter z Paryża, wezwany na naradę do choréj. Nie możemy nic mieć przeciw wzywaniu obcych powag lekarskich, a nawet nie dziwimy się, jeżeli ludzie opływający w dostatki, pomimo że mieszkają w mieście uniwersyteckiém, ściągają z daleka za sumy ogromne lekarzy, którzy wcale nie są powagami, boć trudno, aby chory był w stanie ocenić wartość naukową lekarza, którego sprowadza, a wystarcza, jeżeli do niego ma zaufanie; pod względem pieczy o zdrowie swoje winniśmy każdéj jednostce pozostawić wybór wolny i odpowiedzialność za ten wybór, trzymając się zasady, wypowiedzianéj przed kilkuset laty przez parlament paryski, że *quisque debet sibi imputare, cur talem elegerit.* Ale uderzającym jest sposób, w jaki nader poważny dziennik uznał za stosowne święcić wizytę p. Petera w Krakowie. Mniejsza o to, że autor owego artykułu zamianował p. Petera „jedną z najpierwszych powag lekarskich Paryża“, bo nominacyja ta nie podźwignie znaczenia p. Petera w świecie naukowym, ale złą usługę oddał klinicyście tutejszemu, którego „p. Peter zastał przy łożu choréj, a o którego zdolnościach wyraził się z pełném uznaniem“. Uznanie to mogłoby być pochlebném dla studenta lub lekarza, który rozpoczyna praktykę, ale dla profesora Wydziału lekarskiego krakowskiego jest zaszczytem bardzo wątpliwéj natury, zwłaszcza, że nie może polegać na wzajemności. Autorowi artykułu wprawdzie p. Peter zaimponował zaliczeniem się do przeciwników kierunku doświadczalnego, owego kierunku, któremu nauka zawdzięcza najświetniejsze swe zdobycze, tyle zbawienne dla ludzkości, kierunku, który obecnie uznany jest wszędzie, dokąd tylko sięga dobroczynne światło cywilizacyi; zaimponował mu jako przeciwnik jakiegoś „zabójczego doktryneryzmu w medycynie“, podczas gdy jego przewodniczką jest tradycyja (przypominamy, że tradycyja po chaldejsku nazywa się kabałą), on uwzględnia w diagnozie pierwiastki psychiczne, odrzucane przez dzisiejszy materyjalizm! Elukubracyja ta, jasna i przejrzysta jak kabała i spirytualizm, uwieńczoną została oświadczeniem, że p. Peter pojmuje medycynę jako sztukę, podczas gdy nowsi heretycy chcą ją podnieść do godności nauki. Że nasz interwiewer dość dobrze oddał zamęt myśli p. Petera, wynika ztąd, że podobnym zacofanym i bałamutnym pojęciom dał niedawno wyraz p. Peter w wykładzie mianym w Akademii paryskiéj, i otrzymał za nie przydomek „patologa humorystycznego“. Idee te p. Petera mogą co najwięcéj wzbudzić litość, są one jednak obojętne dla nas i dla nauki, któréj postępu nie wstrzymają; lecz artykuł wspomniany stanowi dowód, jak niewłaściwém jest omawianie kwestyj ściśle naukowych w dzienniku niefachowym przez pisarza, nie mającego najmniejszego pojęcia o rzeczy. Nie chcemy pozbawić nikogo przyjemności wydawania sądu o skuteczności wizykatoryj *(sic)*, pijawek i innych środków i środeczków — ulubiony to bowiem oddawna przedmiot zajęcia dla ogółu —, ale zastrzedz się musimy przed traktowaniem w poważném piśmie kwestyj nader poważnych przez niefachowego, na podstawie informacyj, otrzymanych od zawodowca, który pozostaje w opozycyi przeciw całemu nowszemu kierunkowi nauk przyrodniczych i lekarskich, a którego prócz autora owego artykułu jeszcze nikt na seryjo powagą nie nazwał.

* **Paryż**. Dr. Chauveau, dyrektor szkoły weterynarskiéj w Lugdunie, mianowany został w miejsce Bouleya jeneralnym inspektorem szkół weterynarskich we Francyi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg**. Prof. otyjatryi Troeltsch obchodził 25-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego. — **Kopenhaga**. Katedrę po Panumie otrzymał b. jego asystent Dr. Bohr. — **Manchester**. Prof. chemii Roscoe, wybrany do parlamentu, zrzekł się katedry.

* **Odznaczenie**. Dr. Wojciech Krziż, b. fizyk obwodowy a późniéj powiatowy w Złoczowie, przeniesiony w stan spoczynku, w uznaniu długoletniéj i pożytecznéj działalności otrzymał tytuł radzcy cesarskiego.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Józef Antoni Kadyi, rodem z Zaleszczyk.

* **Nekrologija**. W Londynie umarł chirurg Forster, w Frankfurcie n./M. balneolog Schott i słynny higijenista Varrentrapp, w Paryżu prof. Bouchefontaine.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 3: Krówczyńskiego: Najwłaściwszy okres życia dla ćwiczeń gimnastycznych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Rejchmana: O przepłukiwaniu żołądka jako metodzie leczniczéj; Stypińskiego: Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych (dok.). — *Medycyny* Nr. 12 nie doszedł nas.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. HOFMANN: Befund von gelbem Schwefelarsenik im Verdauungstraktus nach Vergiftung mit weissem Arsenik. (Osobne odbicie z W. med. Woch. 1886, in 8vo str. 19).

Sprawozdanie z Wydziału Towarzystwa gimnastycznego „Sokół“ we Lwowie za r. 1885/6, Lwów 1886, in 8vo str. 39.

Piśmiennictwo lekarskie. HENKE W. Topographische Anatomie des Menschen. II. Haft 8 Berlin Hirschwald. M. 8. —

HERSING F. Compendium der Augenheilkunde. Mit 37 Holzschn. e. 1 Taf. 4 Aufl. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 7. —

ARNDT R. Die Neurasthenie (Nervenschwäche), ihr Wesen, Bedeutg. etc. gr. 8 Wien. Urban u. Schw. M. 6. — geb. M. 7. 5o.

BASCH v. Die Entfettungscur in Marienbad. Ein Beitrag zur Therapie der Kreislaufsstörgn. gr. 8. Wien, Perles. M. 1. —

BERGER P. Die Nervenschwäche (Neurasthenie). Ihr Wesen ihre Ursachen u. Behandlg. gr. 8. Berlin, Steinitz u. Fischer M. 1. 50.

FÜRST Antisepsis bei Schwangeren, Gebärenden u. Wöchnerinnen. gr. 8. Wien, Toeplitz u. Deuticke. M. 1. 80.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



APPAREIL COMPRESSIF de A. BESLIER

40 rue des Blancs Manteaux PARYŻ.

Dla radykalnego leczenia przepukliny pępkowéj u dzieci i u starszych.
Pojedynczy, wygodny, łatwy do zastósowania niedolegający a zastępujący wszelkie paski. Składa się z nałożonych kółek sparadrap à la glu Besliera.

Mały model . . . . (Nr. 1) dla dzieci średnica ½ ctm.
Duży model . . . (Nr. 2) dla dzieci średnica 9½ ctm.
Model lepszy . . . (Nr. 3) dla dorosłych średnica 12 ctm.
Duży model lepszy (Nr. 4) dla dorosłych średnica 15½ ctm.

Próbki rozseła się na żądanie pocztą bezpłatnie lekarzom francuskim i zagranicznym.

PASTILLES GÉRAUDEL

Z CZYSTĄ SMOŁĄ NORWEGSKĄ

Działające przez wdychanie i pochłanianie w chorobach kanałów oddechowych : Krtani, Płuc, Piersi.

PRZECIW

NIEZYTOM, KASZLOWI NERWOWEMU ZAPALENIU OPLUCNEJ CIERPIENIOM KRTANI, CHRYPCE KATAROM, I. T. P.

Wszyscy lekarze zalecają używanie **PASTYLEK GÉRAUDEL'A**. *a potępiają używanie środków przygotowywanych ze smołą w formach nierozpuszczalnych, zmuszających do ich połykania, jako to : cukierki, kapsułki, pigułki i perełki smołowe. To samo odnosi się od Syropów i t. p.*

(Wreszcie aby to dobrze zrozumieć, wypada zwrócić, uwagę na wyjaśnienie znajdujące się obok figury anatomicznej poniżej zamieszczonej.)

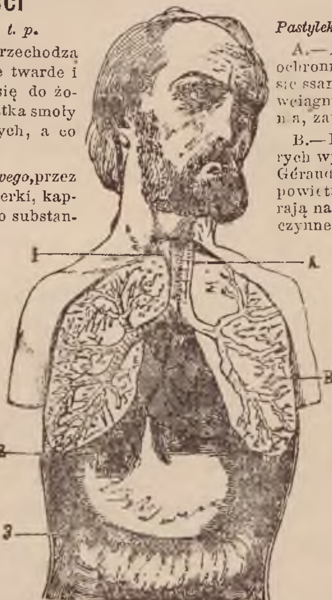
WADY I NIEDOGODNOŚCI

Cukierków, Kapsułek smołowych i t. p.

1.— *Kanał pokarmowy*, przez który przechodza cukierki, kapsułki i perełki smołowe twarde i nierozpuszczalne w ustach, dostają się do żoładka jako pokarm, a najmniejsza cząstka smoły nie wchodzi do kanałów oddechowych, a co właśnie było ich przeznaczeniem.

2.— *Krańcowy otwór kanału pokarmowego*, przez który przedostają się do żołądka cukierki, kapsułki i perełki smołowe, obciążając go substancyami galaretowatymi i ocukrowanymi : gumą, glukozą i. t. p., sprowadzają utratę apetytu, choroby żołądkowe, dolegliwości gastryczne i t. p.

3. — *Kiszka*, w ktorej rozwijają się w dalszym ciągu przypadłości spowodowane przez cukierki, kapsułki i perełki smołowe w wysokim stopniu niestrawne, sprowadzają nareszcie ciężkie choroby : *Zapalenie kiszek, owrzodzenie, zatwardzenie albo uporczywe rozwolnienie*, i t. p., a to z powodu substancyi narkotycznych w ich skład wchodzących, to jest : opium, soli z opium, morfiny, kodeiny, a których używanie stanowczo potępionem zostało przez wszystkich lekarzy jako szkodliwe i niebezpieczne.



ZALETY

Pastylek smołowych Geraudel'a działających na.

A.— *Kanały oddechowe*, przez które wyziewy ochronne i lecznicze smoły wytworzone w czasie ssania Pastylek Géraudel'a, koniecznie są wciągnione i pochłonięte za pomocą oddychania, zanim się do płuc dostaną.

B.— Na *Komórki i pęcherzyki płucowe*, do których wyziewy smoły wytworzone z Pastylek Géraudel'a wchodzą za każdem wciągnieniem powietrza, zgęszczają się naturalnie i wywierają na nie natychmiast ich działanie dobroczynne.

Na mocy powyższych wskazówek można sobie łatwo zdać sprawę z naturalnego działania Pastylek Géraudel'a, ocenionych przez jeden z najpoważniejszych organów medycznych we Francyi w następujący sposob :

„ *P. Geraudel wynalazł środek prosty i praktyczny dostania się smoły aż do skrajnych rozgałęzień kanałów oddechowych w atomach nadzwyczaj subtelnych i cienkich, zmieszanych z innymi substancyami pomocniczymi w dobroczynném działaniu, odrzucając wszelkie substancye narkotyczne.*

„ *W tych warunkach, działanie smoły jest do tego stopnia nagłem i natychmiastowem, że po użyciu nawet kilku* PASTYLEK GERAUDEL'A *napady kaszlu konwulsyjnego niezwłocznie ustępują.* Dr DELMIS.

(*Gazette des Hôpitaux*, 22 List 1883 r.)

PASTYLKI GÉRAUDEL'A *są niezbędne dla każdego, kto utrudza głos zbytecznie, dla tych którzy pracują na otwartem powietrzu i są wystawieni na zmiany atmosferyczne, dla tych również co są zmuszeni podczas ich zajęć do połykania kurzu lub wyziewów drażniących : Robotników zakładów fabrycznych, Młynarzy, Furmanów, Śpiewaków, Aktorów, Mówców, Kaznodziei, Adwokatów, Profesorów, Nauczycieli, Urzędników drog żelaznych, i t. p., i t. p., a którym mogą one jak najskuteczniej zastąpić wszelkiego rodzaju odwar z różnych ziołek.*

Więcej jak sto tysięcy osób wylecza się corocznie Pastylkami Géraudel'a, a p. Géraudel posiada więcej jac 40,000 listów dziękczynnych i zaświadczeń.

Pastylki Géraudel'a są jedynemi pastylkami smołowemi jakie otrzymały nagrodę przyznaną przez Sędziów na wystawie międzynarodowej powszechnej w Paryżu 1878 roku. Wyprobowane w skutek rozporządzenia ministeryalnego i orzeczenia Komitetu lekarskiego; upoważnione w Rossyi przez Rząd na mocy orzeczenia Komitetu lekarskiego.

Pudełko zawierające 72 Pastylki wraz z wskazówkami o ich użyciu, kosztuje : we Francyi **1** *fr.* **50**, *a za granicami Francyi z dodaniem kosztów cła i przesyłki we wszystkich aptekach.*

(WYMAGAĆ MARKĘ FABRYCZNĄ ZŁOŻONĄ WŁAŚCIWEJ WŁADZY)

A. GÉRAUDEL, aptekarz w Sainte-Menehould (Francya).

Na żądanie wysyła się bezpłatnie i franco 6 pastylek na próbę.

W Krakowie w aptekach PP. Tranczyńskiego, Redyka i Wiszniewskiego.

PROSZEK MIĘSNY

wyrabia z czystego mięsa wołowego i jako nader pożywny środek dla chorych i rekonwalescentów poleca:

Apteka pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie.

Cena słoika 50 ct. — Dla pp. lekarzy i aptekarzy rabat.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 kwietnia 1886. **№ 14.** Rok XXV.

I. Z Zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze

Przyczynek do nauki o żółtym przewlekłym zaniku wątroby.

Podał **Dr. Andrzej Obrzut**,
I. asystent tegoż Zakładu.

Większość autorów zgadza się dzisiaj, że ostry żółty zanik wątroby jest zbiorowém mianem dla różnych spraw, których tak etyjologija jako też zmiany anatomiczne nie są jednakiemi w każdym przypadku. Przypadki, w których natura zakaźna, polegająca na inwazyi mikroorganizmów, byłaby prawdopodobną, są jeszcze za mało liczne, pasorzyt wywołujący chorobę niedokładnie zbadany, a na drodze doświadczenia nie uczyniono dotąd żadnego kroku, któryby miał jakikolwiek rezultat dodatni.

Do przypadków przemawiających za cechą zakaźną choroby, opisanych przez Waldeyera, Klebsa, Epingera i Hlavę należy przypadek Tomkinsa i Draschfelda *(A case of acute atrophy of liver. The Lancet April* 5 1884). Przypadek ten nie posunął jednak naprzód naszych wiadomości w tym kierunku, bo i tu nie zbadano dokładniéj znalezionego mikroorganizmu pod względem biologicznym a działania jego nie stwierdzono na drodze doświadczenia.

Inne przypadki z najnowszéj literatury: Cayley *(Transactions of the patholog. Soc. of London* 1883), Carrington (*Ibid.* z r. 1885), Albert Venn, Jonkins, Suckling, Hedenius, Mussor (*Virchow.-Hirsch Jahresbericht f. d. J.* 1884 II t.) dostarczyły wprawdzie kilku nowych spostrzeżeń histologicznych, etyjologii jednak w niczém nie rozjaśniły.

I między tymi autorami panuje dawna różnica zdań w kwestyi, czy w téj chorobie punktem wyjścia całéj sprawy chorobowéj jest zwyrodnienie komórek wątrobowych, a jego następstwem zmiany zapalne w podścielisku łącznotkankowém i naczyniach, czy też zachodzi stosunek odwrotny.

Przypadek, który poniżéj opisać zamierzam, zawiera kilka ważnych szczegółów anatomicznych i histologicznych, które mogą rzucać niejakie światło na sposób, w jaki przychodzi do zaniku miąższu wątrobowego i jak pod pewnemi warunkami zanik ten może przebiegać ostro wywołując objawy ostrego żółtego zaniku wątroby i dla tego uważam ogłoszenie tego przypadku za usprawiedliwione.

Z krótkich klinicznych dat udzielonych mi przez p. Dra Alberta zasługują następujące szczegóły na wzmiankę: Diettrich Franciszek lat 30 liczący, pomocnik ogrodowy, z okolic Pragi, przyjęty został do tutejszéj kliniki dnia 2 grudnia 1885 r. Od krewnych chorego nieprzytomnego dowiedziano się zaledwie, że w 12ym roku przebył jakąś gorączkową chorobę i był zdrów do 23 roku życia. W tymto roku zaniemógł podobnie jak przeszłego roku (1884) na żołądek. O téj chorobie prócz że miał boleści w okolicy żołądka i wymioty częste, trudno się było więcéj coś dowiedzieć nad to, że choroba trwała 14 dni. Obecna choroba rozpoczęła się przed 5 tygodniami od przypadów żołądkowych w sposób dosyć ostry. Wśród boleści w okolicy żołądka wystąpiły wymioty niekiedy krwawe, które codziennie się powtarzały. Zarazem pojawiła się coraz bardziéj zwiększająca się żółtaczka. Stolec miał być regularny. Chory oddawał się codziennym zatrudnieniom do dnia 29 listopada 1885. W dniu przyjęcia do kliniki prof. Eiselta (2/12 1885) stan był następujący: Mężczyzna miernego wzrostu silnéj budowy kośćca, miernego odżywienia. Mięśnie wiotkie, w tkance podskórnéj mało tłuszczu. Skóra wilgotna żółtawa. Błony śluzowe czerwone. Język wilgotny, obłożony. Źrenice rozszerzone, tęczówki oddziaływają leniwie. Mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe napięte. Szyja krótka, gruba. Gruczoły karkowe nieobrzmiałe. Klatka piersiowa dobrze wysklepiona. Oddychanie powierzchowne, nieco przyspieszone. Uderzenie koniuszkowe serca w 5. międzyżebrzu na wewnątrz linii brodawkowéj. Wypuk pod obojczykami jawny wzdłuż brzegu mostka sięga w prawo do 7 w lewo do 4 żebra. W linii brodawkowéj wypuk jawny sięga po

prawéj stronie do 7 żebra, tutaj nieznaczne stłumienie przechodzące w odgłos bębenkowy brzucha. W linii łopatkowéj stłumienie wątrobowe wynosi 3 palce. W dolnych częściach płuc nieliczne rzężenia, oddech wszędzie pęcherzykowy. Stłumienie serca sięga od 4 do dolnego brzegu 5 żebra, na szerokość ciągnie się od linii parasternalnéj i kończy się na 2 cm. na wewnątrz od linii brodawkowéj. Tony serca czyste, tętno 84. Stłumienie wątroby znacznie zmniejszone. Brzuch wypukły, miękki, za uciskiem w okolicy pępkowéj bolesny. W jamie brzusznéj mierna ilość wolnego płynu. W ciągu całego biegu ciepłota prawidłowa, raz tylko 37·9 (12/12 1885) Moczenie mierne, w moczu znaczna ilość barwików żółciowych. Sensorium w ciągu całéj obserwacyi klinicznéj zajęte (w nocy bredzenie). Po każdém jedzeniu wymioty. Żółtaczka coraz znaczniejsza. Dnia 13/12 1885 śmierć wśród śpiączki.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Hepatitis interstitialis diffusa chronica in stadio cirrhotico. Icterus, ascites, tumor lienis, Haemorrhoides. (Atrophia hepatis).*

Protokół sekcyi wykonanéj przez prof. Hlavę w 15 godzin po śmierci, dnia 14 grudnia 1885 brzmi: Zwłoki mężczyzny 30 letniego, wielkiego wzrostu, silnéj budowy, miernego odżywienia, skóra w całości żółta, podobnie dostrzegalne błony śluzowe. Szyja gruba, krótka, klatka piersiowa wysklepiona, brzuch napięty a twardszy. Czaszka symetryczna, okrągławа, cienka. Opona twarda napięta, żółtawa, opony miękkie podobnéj barwy. Ziarnistości Pacchiona liczne. Tkanka mózgowa dosyć zbita, blada, miejscami obrzękła. Kora prawidłowéj szerokości, bladobrunatna. Komórki nierozszerzone, wyściółka delikatna, zwoje wielkie i móżdżek dosyć zbite, mało krwi zawierające, podobnie most Warola i rdzeń przedłużony. W przewodach żylnych znaczna ilość skrzepłéj krwi. Podściółka tłuszczowa podskórna dosyć silnie rozwinięta. Mięśnie barwy ciemno-czerwonéj. W tkance łącznéj międzymięśniowéj, zwłaszcza nad prawym obojczykiem i w m. piersiowym większym i w jamach pachowych znajdują się liczne punktowate i rozleglejsze wybroczyny. Przepona na stronie prawéj pod 4 na lewéj pod 5 żebrem. Płuca nie pokrywają osierdzia, które niepokryte tłuszczem, w worku sercowym nieco więcéj żółtego płynu. Serce zwiększone, bardzo wiotkie. komórka prawa rozszerzona, ściany jéj na $^1/_2$ cm. grube, barwy żółtawéj, bardzo kruche. Lewa komórka także rozszerzona, jéj utkanie kruche, blado brunatne. Zastawki wszystkie cieńkie, delikatne, żółtawe. Płuco lewe nieco przyrosłe, opłucna zwłaszcza nad dolnym płatem znaczniéj napięta z licznemi wybroczynami kropkowatemi i prążkowatemi. Miąższ płuc w płacie górnym powietrzny, u podstawy tego płatu ciemno-czerwono zwątrobiały. Również w całym płacie dolnym znajdują się także miejsca zwątrobiałe, miąższ między niemi przesiąkły, przekrwiony. Płuco prawe lekko przyrośnięte, w niém również liczne ogniska zwątrobiałe, zwłaszcza w płacie dolnym. Błona śluzowa pierwszych dróg oddechowych i pokarmowych silnie zaczerwieniona. W tkance łącznéj okołotchawicznéj rozległe wybroczyny. W jamie brzusznéj około 2 litry cieczy surowiczéj; położenie jelit prawidłowe; są one wydęte gazami a pokrywają w całości wątrobę. Po zwyczajném odpreparowaniu jelit widzimy dopiero wątrobę ukrytą pod przeponą i pod łukiem żebrowym. Na wątrobie wyjętéj znacznie zmniejszonéj znajdujemy następujące zmiany. Wątroba waży 810 gramów, długość wynosi 22 cm., z czego przypada na płat prawy 16 cm., na lewy 6 cm. Szerokość w środku prawego płatu 15 cm., w środku lewego płatu tylko 9 cm. Wysokość na najwyższém miejscu 6 cm., ku brzegom grubość znacznie opada (do 3 cm.) Powierzchnia tak zmniejszonego organu jest nierówna a mianowicie spostrzegamy, że brzegi jako tako są zachowane, podczas gdy w środku prawego płatu znajdują się znaczne zagłębienia, z których wystają większe i mniejsze wysepki żółtawe. Miejsca zagłębione są barwy brunatno-czerwonéj o delikatnie ziarnistéj powierzchni, podczas gdy miejsca wystające żółte okazują pewien rodzaj małych guzków. Lewy płat, jak z wymiarów jego wynika, jest znacznie zmniejszony (6 cm. długi, 9 cm. szeroki, a 2 cm. gruby), podobny do ugniecionego płatu płuc; powierzchnia jego delikatnie guzkowata, brzegi uderzająco cienkie i ostre, barwa brunatna przeważa, a tylko około środka wystaje na powierzchni wysepka miąższu żółtawego, a także na tylnim brzegu znajdują się resztki miąższu jako guzki nierówne. Na podstawie znajdujemy stosunki podobne, tylko że miąższu jest więcéj zachowanego, a zagłębień jest mniéj i to w płacie prawym; w płacie zaś lewym stosunki są te same jak na górnéj powierzchni. W innych płatach na podstawie obraz ten sam. Zbitość miąższu jest znaczna, a na powierzchni przekroju znajdujemy osobliwy obraz. W tkance brunatnoczerwono zabarwionéj, która jest uderzająco zbita, tak że w niczém nie przypomina wątroby, wystają nad powierzchnię przekroju wysepki i guzki nierówne, większe i mniejsze barwy zielonawo-żółtéj, miękkie, podczas gdy tkanka podstawowa jest uderzająco zbita. Miąższ tworzący owe guzki jest znacznie miększy, miejscami żółtawemi prążkami przetkany. W płacie lewym tylko nieznaczna ilość wysepek zachowanego miąższu w tkance brunatnoczerwonéj. Przewody żółciowe zupełnie wolne, naczynia nie wydają się być zgrubiałemi. W żyle bramnéj i w żyłach wątrobowych nie ma żadnych zmian. Śledziona znacznie powiększona (46, 15, $4^1/_5$ cm.), torebka napięta, tkanka dosyć zbita czerwonawo brunatna, podścielisko silniéj rozwinięte; miazgi żadnéj. — Nerki powiększone, utkanie bardzo kruche, brunatno żółtawe. Błona śluzowa żołądka znacznie zgrubiała, na powierzchni guzkowata, łupkowa. Podobny obraz w dwunastnicy. W jelicie grubém błona śluzowa pofałdowana, w jelicie wstępującém w kiszce ślepéj i w końcu jelita biodrowego znaczny obrzęk i obrzmienie mieszków odosobnionych. W pęcherzu mocz żółty, ale zupełnie czysty, Błona śluzowa żółta. Gruczoł przyprątny i jądra niezmienione.

Na podstawie tego wyniku sekcyjnego rozpoznanie anatomiczne brzmiało: Przewlekły żółty zanik wątroby. Następowe powiększenie śledziony z zastoju żylnego, *état mamelloné* żołądka, zrazikowe zapalenie płuc obustronne. Zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego i nerek. Wybroczyny do tkanki okołotchawicznéj międzymięśniowéj w pachach i klatki piersiowéj. Obrzęk jelita ślepego i dolnéj części jelita cienkiego. Żółtaczka ogólna. Puchlina brzuszna. (C. d. n.)

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

VI. Środki mechaniczne. *a)* Letzerich i Stoerck radzą gwałtownie zdzierać pokłady dyfterytyczne gąbką lub

szczypczykami, a Eidam podał nawet osobny przyrząd do tego *(Diphtherolyter)*. *b)* Bouchut, Paillot, Symyan, Domere i Spechahn radzą wycinać migdałki w samym początku choroby.

VII. Leki niby swoiste jakoto: chloran potasowy (do przestrzykiwań 2—3%, do pędzlowań 4%, do wziewań 2%, wewnętrznie co najwyżéj 2%); kwiat siarczany (do zasypywania gardła kilka razy dziennie); brom (*Aq. bromata* 1:500 do przestrzykiwań, nadto do wziewań w formie gazu wywiązującego się na gąbce lub wacie z rozczynu: *Rp. Kali bromati. Bromi puri āā* 1·00, *Aq. destill.* 200·00 *MDS.* Co ½ godziny wziewać przez 10 minut); Jod i jodek potasu (*Tra Jodi* do pędzlowań, wziewania z jodku potasowego w rozczynie 2—3% lub też z rozczynu *Jodi puri* 0·06, *Kali jodati* 0·25:100 *Aq. destill.*); Pilokarpin według przepisu Guttmanna (*Rp. Pilocarpini muriatici* 0·02—0·04, *Pepsini gallici* 0·60—0·80, *Acidi muriat. diluti guttas duas, Aq. destill.* 80·00 *MDS.* Co 2 godziny podawać łyżeczkę od kawy z winem); Kalomel wewnętrznie (w dawkach 0·20—0·30 lub 0·60 dziennie), albo Kalomel z ałunem *(Calomelanos* 0·01, *Aluminis* 0·15 *pro dosi)*, a nawet z jodkiem potasu; proszek z kalomelu do zasypywania wytworów chorobowych (Koszutski *Rp. Calomelanos vapore parati* 0·20—0·40 *pro dosi* do zasypywania 1—2·0 dziennie); szarucha do wcierań 5—6·00 na dzień, sinek rtęciowy *(Rp. Hydrargyri cyanati* 0·10—0·20—0·40:100 *Aq. MDS* Co godzina po łyżeczce od kawy); wziewania pary z cynobru (paczkę cynobru dwugramową wrzuca się do herbatki z malwy lub fijołków gotującéj się nad lampką spirytusową i cały ten przyrządzik ustawia się koło łóżka chorego, a z małemi przerwami podtrzymuje się ciągle wydobywanie się pary od początku choroby aż do jéj zakończenia. Abeille); Chinin podawany wewnętrznie przeciw objawom gorączkowym i zakażeniu ustroju; papayotyn mający niezawodnie, zdaniem Kotha i Ascha, Bouchuta i innych, rozpuszczać znakomicie błony dyfterytyczne i zwalczać chorobę *(Rp. Papayotini* 2·0, *Aq. font. destill.* 16·0, *MDS.* Do pędzlowań co godzina); Kwas mlekowy (do pędzlowań *Rp. Acidi lactici* 3·00, *Glycerini* 60·00 i do wziewań: *Rp. Acidi lactici* 5·0: *Aq. fontis dest.* 100·00, albo w tym samym stosunku do przestrzykiwań); Będźwinian sodowy lub magnowy (Klebs zaleca 3·20grm. tego środka, odpowiednio do wieku i ciężaru ciała osoby choréj, obok znacznych dawek chininu przeciw gorączce; Demm zaleca również wziewania z będźwinianu sodowego, a nawet wstrzykuje rozczyn tegoż środka 5:10 *aq.* w miąższ nabrzękłych migdałków); woda wapienna (do płukania, przestrzykiwań i pędzlowań); pepsyna (*Rp. Pepsini germanici* 4·0, *Aq. fontis* 180·00, *Acidi muriat. dil. guttas* 15—20 *MDS.* pędzlować co godzina (Danilewski) i *Pepsini* 4·0, *Acidi muriat. dil. guttas.* 5, *Aq. fontis destill.* 120·0, *filtra DS.* Do wziewań (Dougtky)); neuryn (*Rp. Neurini* 3·6—6·0. *Aq. fontis destill.* 100·0 *DS.* Do pędzlowań a w rozczynie 5% do wziewań), podobnież *Rp. Tetramethyl. ammoniumoxyd.* i *Tetraaethylammonium hydroxydi* 2:100 *Aq.* do pędzlowań lub 5:100 do wziewań; amonijak z gliceryną w równych częściach do pędzlowań; gliceryna do pędzlowań i wziewań; węglan litowy 1—3% do przestrzykiwań i wziewań; dwuwęglan sodowy, węglan potasowy, azotan potasowy lub sodowy, sól kuchenna wewnętrznie; ciepła woda do płukania i wystrzykiwań, gorąca para wodna i łaźnia rosyjska; w końcu nadtlenek wodu (Vogelsang: *Rp. Sol. hydrogen. superoxydati* (2%) 120·00, *Glycerini* 3·0, *MDS.* Co ½—2 godzin po łyżeczce od kawy).

Jak widzimy z krótkiego tego poglądu na poważny szereg leków różnych kategoryj, nie zbywa nam na środkach ani też na mniéj lub więcéj umiejętnie przeprowadzonych doświadczeniach terapeutycznych z lekami temi, zachwalanemi nieraz zbyt sangwinicznie w leczeniu dyfteryi; lecz niestety, jak już wspomniałem, nie mamy ani jednego środka w istocie swoistego, któryby w ogóle wywierał widocznie korzystny wpływ w przypadkach złośliwych lub ciężkich dyfteryi; a jeżeli nadto uwzględnimy, że w wielu epidemijach błonicy mnóstwo przypadków téj choroby kończy się pomyślnie nawet bez jakiegokolwiek leczenia lub też tylko przy użyciu środków ludowych, najprostszych, jak np. przy płukaniu gardła wódką rozcieńczoną, okładaniu szyi słoniną lub przez postawienie kilku pijawek na mocno obrzękłe gruczoły, to przyjdziemy do przekonania, że przy ocenianiu wartości terapeutycznéj jakiego leku w dyfteryi narażeni jesteśmy na wiele złudzeń, które nam każą przeceniać doniosłość leku używanego. Nadto wielu autorów w przeprowadzaniu doświadczeń z lekiem nowym nie rozróżnia dostatecznie form chorobowych dyfteryi, miesza zapalenie dyfterytyczne połyku towarzyszące szkarlatynie z dyfteryją samoistną i ocenia wartość leku według pomyślnych wyników leczenia i téj przypadłości w szkarlatynie lub w lekkich formach dyfteryi, a następnie zachwala lek ten jako nieoceniony nawet w formach cięższych dyfteryi samoistnéj. W celu poparcia słów moich przytoczę tylko kilka przykładów, a przedewszystkiém ustęp ze streszczonéj rozprawki kol. Koszutskiego „O stosunku dyfteryi do krupu i o jéj wyłącznie lokalném leczeniu jednochlorkiem rtęci. Poznań, 1884“, streszczenie w Nrze 5 dziennika IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w r. 1884 str. 20, w którém czytamy: „Z 36 przypadków błonicy, leczonych (przez Dra Koszutskiego) jednochlorkiem rtęci *in statu nascendi*, t. j. przez wypłukanie lub wystrzykanie połyku 2—5% rozczynem soli kuchennéj, a następnie przez dokładne zasypanie 0·20—0·40 kalomelem dobrze sproszkowanym, przypada 10 przypadków na dyfteryję miejscową (a zatém bardzo lekką!), 26 zaś na dyfteryję towarzyszącą szkarlatynie (czyli raczéj na dyfterytyczne zapalenie połyku towarzyszące szkarlatynie z przebiegiem nieco cięższym) i na dyfteryję samoistną. Tak w idyjopatycznéj jak i z płonicą (szkarlatyną) zespolonéj, groźnie z wysoką ciepłotą ciała i zajęciem mózgowia, śpiączką, białkomoczem itd. występującéj dyfteryi, nie używał kol. Koszutski, czyli nie potrzebował użyć więcéj zasypywań nad 6 i to na 3 dni rozłożonych“ odnosząc oczywiście najlepsze wyniki z tego sposobu leczenia. Weisse podobnież cudowne wyniki przypisuje kwasowi salicylowemu *(Rp. Acidi salicylici* 1·00, *Spirit. vini, Glycerini āā* 25·00 *MDS.* Do pędzlowań) a z 150 chorych leczonych tym sposobem stracił tylko jednego!!! Korach używając 10% kleiny jodoformowéj *(Jodoformcollodium)* do pędzlowań 6 razy dziennie, stracił tylko 1 chorego na 72 przypadków, wprawdzie lekkich. Co więcéj Andeer nie miał ani jednego przypadku śmierci na 222 przypadków dyfteryi leczonych resorcynem (używając ½% rozczynu do wystrzykiwań i wziewań, a kryształków resorcynu lub silnéj maści resorcynowéj do wypalań nalotów dyfterytycznych i w przypadkach cięższych podając resorcyn wewnętrznie). Umyślnie wybrałem przykłady najbardziéj bijące w oczy

i oparte na największéj liczbie przypadków dyfteryi leczonych różnemi lekami, aby wykazać, jak należy być ostrożnym w krytycznem ocenianiu wartości terapeutycznéj leków, entuzyjastycznie zachwalanych przez różnych autorów, z najlepszą wprawdzie wiarą, lecz z nienależytém uwzględnianiem charakteru chorobowego. Przez mięszanie przypadków dyfteryi samoistnéj z przypadkami szkarlatyny, w któréj zapalenie dyfterytyczne nigdy tyle poważnych obaw nie budzi, co w dyfteryi w ścisłém słowa tego znaczeniu pojętéj, przez zaliczanie do dyfteryi przypadków zapalenia mieszkowego *(Angina tonsillaris folliculosa)* lub cięższego nieżytowego, podnosi się wprawdzie nader imponująco statystyka przypadków objętych ogólną nazwą „dyfteryi“ i cudowność leku wzrasta, lecz naśladowców zwłaszcza na prowincyi prędko ogarnia przykre rozczarowanie, gdy w przypadku cięższym lub złośliwym dyfteryi, ani kalomel, ani kwas salicylowy, jodoform lub resorcyn skutków zbawiennych nie rozwijają, a choroba szybkim krokiem zbliża się do fatalnego zejścia.

Nie można się potém dziwić, że w obecnych warunkach naukowych pojęć o dyfteryi i przy obecném stanowisku zabiegów terapeutycznych wielu lekarzy dochodzi niemal do nihilizmu terapeutycznego w ciężkich przypadkach dyfteryi i że w zupełności uzasadnioném jest zdanie moje na początku niniejszego rozdziału wypowiedziane „że nie należy się spuszczać na cudowne działanie leków niby swoistych, lecz przez harmonijne zespolenie leczenia ogólnego i miejscowego stworzyć warunki jak najkorzystniejsze do wyeliminowania choroby dyfterytycznéj z ustroju.“ W przypadkach lżejszych choroby wystarczy nam którykolwiek lek przeciwgnilny racyjonalnie użyty miejscowo i środki wzmacniające organizm, jak szczególniéj koniak, dobre stare wino i odwar kory chinowéj, a w przypadkach złośliwych nie wolno nam zaś opuszczać rąk bezkarnie, ani też przedwcześnie tryumfować, lecz głównie należy podtrzymywać odporność organizmu i krzepić energiję serca, unikać natomiast wszystkiego, co może zmniejszyć siłę jego, jak np. pilokarpinu, z drugiéj strony atoli, kładąc głównie nacisk na leczenie ogólne, nie należy nam również zaniedbywać i leczenia miejscowego, lecz przez staranne miejscowe dezinfekcyjonowanie połyku należy się nam starać o usunięcie szkodliwego wpływu, jaki rozszerzające się złogi chorobowe bez wątpienia wywrzeć mogą.

Każdy z lekarzy więcéj tą chorobą zaprzątniętych ma swój system leczenia, każdy stara się naukowo uzasadnić potrzebę użycia jednego lub drugiego leku, dla tego też sądzę, że będzie nie od rzeczy, jeżeli tutaj pokrótce przedstawię leki, których ja z predylekcyją używam i jeżeli w celu ilustrowania ich działania załączę do niniejszéj rozprawki kilka historyj chorób przypadków ściśléj obserwowanych.

Obejmując chorego na dyfteryję w leczenie, staram się przedewszystkiém, oczywiście w granicach możliwości, jak najlepiéj urządzić pokój, w którym chory ma przebywać dyfteryję. Pokój powinien być o ile można wielki, dobrze przewietrzany i w odstępach 3godzinnych wykadzany terpentyną, rozpylaną za pomocą rozpylacza, lub też ulatniającą się na gorącéj wodzie. Czystość powinna być przestrzeganą skrupulatnie, bielizna zmieniana powinna być natychmiast zanurzaną w 5% rozczynie kwasu karbolowego; pędzle, łyżki i łyżeczki powinny również być wyczyszczone tym rozczynem dezinfekcyjnym.

Choremu, odpowiednio do jego wieku, odporności organizmu i budowy jego, podaję leki działające ogólnie i leki miejscowe. Do płukania, a jeżeli płukanie jest niemożebném, do przestrzykiwania gardła używam zazwyczaj albo wody wapiennéj, na wpół z wodą przekroploną (*Rp. Aq. Calcis, Aq. destillatae āā* 500·00 *MDS.* Do płukania co pół godziny), albo też w przypadkach zwłaszcza cięższych kwasu borowego 2—3% (*Rp. Acidi boracici* 10·00—15·00, *Aq. destillatae* 500·00 *MDS.* Do płukania co pół godziny) i leku tego używam tak do płukania jak i do przestrzykiwania połyku. Jeżeli dziecko płukać nie umie, wówczas wystrzykuję gardło należycie, lecz nie zbyt silnym prądem w odstępach 2—3 godzinnych; u dzieci starszych, które płukać umieją, wystrzykuję przynajmniéj 3 razy dziennie gardło najlepiéj przed pędzlowaniem lub zasypywaniem błon dyfterytycznych. Do wystrzykiwań używam albo balonika, albo co lepiéj strzykawki szklanéj mocnéj z kanką dziurkowatą w postaci sitka. Nadto w przypadkach lżejszych używam 2 lub 3 razy dziennie pędzlowań nalotów dyfterytycznych resorcynem (*Rp. Resorcini puri* 2·00, *Aq. Menthae pip. Glycerini āā* 10·00 *MDS.* Do pędzlowań), w przypadkach zaś cięższych polecam co 2 godziny tak samo 10% rozczyn resorcynu, ale w wyskoku (*Rp. Resorcini puri* 2·00, *Spiritus Menthae pip. Glycerini āā* 10·00 *MDS.* Do pędzlowań). Przy pędzlowaniach nie ścieram początkowo błon dyfterytycznych, bo to się na nic nie przyda, gdyż błony te nadzwyczaj prędko się odnawiają, a choremu zadaje się niepotrzebnie ból, rozkrwawia się błonę śluzową i dzieci zniechęca się do pędzlowań następnych; natomiast gdy już po kilku dniach błony same się oddzielają, usuwam je delikatnie zwitkiem waty Brunsa owiniętéj naokoło patyczka, a następnie miejsca chorobowo zmienione zasypuję jodoformem w proszku, jużto czystym, jużto z dodatkiem sody w stosunku 1:5, lub też pędzluję zawiesiną jodoformową (*Rp. Jodoformii desodorati faba toncae* 10·00, *Ol. Olivarum* 40·00, *Glycerini* 80·0. *MDS.* Dobrze zamięszawszy, pędzlować). W ostatnich czasach używam również: kwasu mlekowego do pędzlowań (*Rp. Acidi lactici* 1:20, *Glycerini*), kalomelu do zasypywań po poprzedniém wypłukaniu połyku 2—5% rozczynem soli kuchennéj lub też sublimatu (*Rp. Sublimati corrosivi* 0·05—0·10 *Aq. destillatae* 50·00. *MDS.* Do pędzlowań), albowiem według doświadczeń poczynionych z błonami dyfterytycznemi rozpuszczanemi w różnych środkach, leki te najprędzéj i najłatwiéj błony powyższe rozpuszczają. Dodatek spirytusu do pędzlowań nie jest koniecznym, albowiem wyskok rozpuszcza szybko tylko składniki tłuszczowe błon, a natomiast część włóknikowa staje się twardszą, prócz tego wyskok palący sprawia ból dzieciom pędzlowanym; a ma tylko tę stronę dodatnią, że powstrzymuje szerzenie się mikroorganizmów; pod tym względem jednak dorównać mu może każdy lek przeciwgnilny w wodzie przekroplonéj rozpuszczony; natomiast gliceryna stanowi obok wody dobry dodatek, gdyż błony dyfterytyczne w glicerynie nabierają większéj przejrzystości. Ze środków wspomnianych, kalomelu używam głównie w przypadkach leczonych w domach odległych, w których mogę bywać raz tylko na dzień, albowiem należyte zasypanie błon dyfterytycznych proszkiem kalomelowym usuwa już potém potrzebę częstego pędzlowania i rozwijając zbawienne skutki dezinfekcyjne w istocie dobre może oddawać usługi, z tém jednak zastrzeżeniem, że i lek ten nie jest niezawodnym, gdyż tak samo nie ocala chorych dotkniętych złośliwą błonicą, używany nawet w samych początkach z całą starannością, ściśle według przepisu

kol. Koszutskiego, jak i inne środki. Podnoszę tylko jako jego główną zaletę, że z pomiędzy środków dezinfekcyjnych zasługuje z tego względu na uwzględnienie, że jest wygodnym do użycia, zwłaszcza w 3 pierwszych dniach choroby i chorego nie trzeba męczyć pędzlowaniami, lecz tylko 2 razy lub 3 najwięcéj na dobę błony dyfterytyczne starannie zasypać. Kwas mlekowy i sublimat również stosunkowo szybko rozpuszczają błony dyfterytyczne, a nawet prędzéj niż papayotyna (w rozczynie 0·10:2·00 *Aq*), a o wiele szybciéj niż woda wapienna, chloran potasowy, bromek potasu i alkalia i z tego względu zasługują również na zalecenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Adolf Baginsky: **Wykład chorób dzieci, podręcznik dla lekarzy i studentów, przekład Dra W. Kosmowskiego z wydania niemieckiego z roku 1883.** T. I. Warszawa, 1886.

Dr. A. Baginsky, obecnie docent pedyjatryi w Uniwersytecie berlińskim, ogłosił drukiem w r. 1883 w zbiorze Wredena (*Wredens Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher*, tom VI) podręcznik o chorobach dzieci pod tytułem: *Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende.* Braunschweig, tom I. Dzieło to napisane starannie znamionujące autora gruntownie obeznanego z przedmiotem i wytrawnego pisarza zaraz po wydaniu pochlebnie oceniły niemieckie pisma lekarskie a szczególniéj specyjalne dzienniki pedyjatryczne i ginekologiczne. Niezapuszczając się w obszerną krytykę oryginału niemieckiego i przyznając dziełku temu należyte zalety zaznaczyć jedynie wypada, iż w podręczniku Baginskiego niektóre działy chorób traktowane są więcéj szczegółowo, inne znów zbyt krótko albo są całkiem pominięte. Tu idąc za oceną Dra Kormana ogłoszoną w *Jahrbuch für Kinderheilkunde und phys. Erziehung*, t. XIX, 1883, str. 224, zwracamy uwagę, że w podręczniku nie ma wcale wzmianki o chorobach wymagających leczenia ortopedycznego jakoteż o chorobach stawów wydarzających się w wieku dziecięcym, z wyjątkiem pobieżnéj wzmianki o tych postaciach, które przychodzą wśród przebiegu zołzów i krzywicy. Z naszéj strony dodać jeszcze musimy, że opisu ospy, w naszym kraju niestety tak powszechnéj choroby, Baginsky nie podaje wcale, wspominając o niéj tylko w rozdziale o ospicy: że po zaprowadzeniu ogólnego szczepienia ospa naturalna straciła na znaczeniu, a on od roku 1871 nie widział wcale ospy prawdziwéj u dzieci. Jeżeli Dr. Baginsky wykonywa praktykę wśród tak szczęśliwych okoliczności, iż ospy wcale nie widział i widzieć jéj się nie spodziewa, to przecież wydając podręcznik dla drugich, znajdujących się pod tym względem w mniéj korzystnych warunkach, opisu tak ważnéj choroby pomijać nie powinien. Mimo tych braków dzieło Baginskiego jest dobrze napisaném i pożyteczném zarówno dla początkującego studenta, jak i praktycznego lekarza.

Tyle o oryginale niemieckim. Wydanie polskie Dra Kosmowskiego jest dosłowném tłumaczeniem oryginału. Dotychczas wyszła z pod prasy dopiero jedna trzecia część dzieła (do str. 247 oryginału), zawierająca część ogólną, t. j. właściwości fizyjologiczne wieku dziecięcego, pielęgnowanie i odżywianie, badanie dzieci, przyczyny chorób i leczenie. Z części szczegółowéj znajdują się tu przetłumaczone choroby noworodków i choroby ogólne. Ta przetłumaczona cząstka podręcznika Baginskiego nosi tytuł tomu pierwszego a tłumacz obiecuje nam wkrótce wydanie drugiego i trzeciego tomu. Patrząc na jednotomowy oryginał niemiecki nie możemy pojąć, co skłania tłumacza do rozdzielania wydania swego aż na trzy tomy.

Jeżeli, jak to już wyżéj powiedziałem, wydanie polskie jest dosłownêm tłumaczeniem, przeto w ogólności posiada wszystkie zalety oryginału niemieckiego. Po tłumaczu spodziewać się jedynie należy, aby język był czysty, zwroty duchowi jego odpowiednie, a przytém myśli autora jasno i wiernie oddane. Pod temi względami jednak przekład polski na wielu miejscach czytelnika nie zadowala. Pomijając terminologiję wyrazów ściśle lekarskich, z którą w zupełności pogodzić się nie możemy, przekład w wielu miejscach, że się tak wyrażę, nie jest dosłownym, lecz niewolniczym; przez wprowadzanie żywcem wyrazów łacińskich lub francuskich dla tego, że użytemi były w oryginale niemieckim, lub w skutek używania rzeczowników lub przymiotników nieodpowiednio myśl oddających dzieło traci miejscami cokolwiek na swéj wartości. Kilka przykładów wystarczy: I tak czytamy na str. 15 „Kwestyja pielęgnowania dziecka koncentruje się w regulowaniu karmienia (w oryginale: „*Concentrirt die kindliche Pflege auf die Leitung der Ernährung*“), str. 81: z różą trudno ją zmięszać (co ma znaczyć: „*mit Erysipelas lässt sich dieselbe kaum verwechseln*“). W opisie krzywicy na str. 248 czytamy: „po pewnym czasie włosy na tylnéj powierzchni głowy wypadają tak, iż skóra na potylicy pokryta jest zaledwie ich szczątkami“. Co ma tłumaczyć następującą myśl autora: „*nach einiger Zeit merkt man am Hinterhaupt ein Abschwinden des Haupthaares, die Hinterhauptschuppe ist nur mehr mit Haarstümpfen bedeckt*“. Z tak przetłumaczonego zdania zdawałoby się, że w przebiegu krzywicy w okolicy potylicowéj włosy wypadają, tymczasem jak to wszyscy wiemy w skutek poruszania głową włosy się tylko wycierają czyli odłamują przy saméj skórze a cebulki ich pozostają. To téż w oryginale niemieckim wyrazy „*Abschwinden*“ i „*Haarstümpfe*“ sprawę tę określają, a tłumaczenie polskie, że włosy wypadają z pozostawieniem szczątków jest niejasném, sprawy należycie nie przedstawia a w skutek tego u początkującego lekarza wyrobić może wątpliwe pojęcie o powyższém zjawisku.

Niechcę dłużéj nużyć czytelnika; te kilka przykładów wystarczy do przekonania, że dotychczas wydana część podręcznika Baginskiego ma pewne usterki i z upragnieniem życzyćby należało, aby dalsze części mogły się odznaczać większą starannością w zachowaniu form językowych i wiernością w oddawaniu myśli autora. *M. L. J.*

F. Gehrig: **O fermentach w moczu.**

Opierając się na doświadczeniach Grütznera i Sahliego badał autor zależność ilości pepsyny, pankreatyny i ptyaliny od przyjmowania pokarmów. Doświadczenia uskuteczniał częścią na ludziach, częścią na psach i królikach. Ilość fermentów oznaczał metodą kolorymetryczną Grütznera, polegającą na własności włóknika porywania ze sobą cieczy fermentów, które go następnie trawią. Jeśli użyje się włóknika zabarwionego karminem, oddaje on barwik w miarę trawienia, co daje możność sądzenia o względnéj ilości fermentu. W celach porównawczych ustawiał autor szereg probierek zawierających 5 cm. wody, do których dodawał od 1 do 10 kropli wyciągu glicerynowego z błony śluzowéj żołądka królika, a następnie kawałki włóknika zabarwionego karminem. Po 2 godzinach oddawał ciecz z nad włóknika, który miał zabrać ferment a dodawał 5 cm. 1% kw. solnego. Stósownie do ilości kropli wyciągu fermentu otrzymał różne stopnie

zabarwienia, z któremi porównywał mocz badany. W tenże sposób utworzył sobie skale dla trypsyny, ponieważ jednak utrzymuje się ten ferment w 1% rozczynie sody, więc rozczynie alkalicznym, używał do barwienia włóknika nie karminu, lecz barwika czerwonego Magdala. Ptyalinę oznaczał przez gotowanie włóknika porywającego ten ferment z kleikiem skrobi i zgęszczonym rozczynem wodnika sodowego. W dalszym ciągu wnosił autor o ilości ptyaliny z ilości siarsinku potasu, przypuszczając, że ilości te są równorzędne. I tutaj posługiwał się metodą kolorymetryczną, zakwaszając mocz badany kw. solnym i dodając kilka kropli chlorku żelazowego. Za pomocą powyższych metod doszedł do następnych wyników: 1) Prawidłowy mocz ludzki zawiera pepsynę, pankreatynę i ptyalinę w zmiennych ilościach. 2) Ilość pepsyny i trypsyny zmniejsza się po przyjęciu pokarmów i dosięga swego minimum w 3--4 godzin po jedzeniu, przeciwnie zaś zwiększa się ilość ptyaliny. 3) Wszystkie te ferementy występują w znacznéj ilości po głodzeniu.

Na podstawie tych doświadczeń twierdzi autor, że pepsyna i trypsyna nie są pochłaniane z powierzchni błony śluzowéj i przez mocz wydalone z krwi jako gotowe fermenty, lecz że znajdują się w przybłonkach odnośnych gruczolów, jako białkowate istoty tworzące ferment, propepsyna i protrypsyna, jako takie dostają się do krwi, a z nią do nereki w których przybłonkach odbywa się zamiana na gotowy ferment.

Metody powyższe badania jakotéż ich wyniki miałyby nader ważne znaczenie tak dla fizyjologii, jak dla patologii, gdyby im można było ufać, gdyby się w pracy saméj nie napotykało na częste a rażące niedokładności, dziwnie odbijające od wyników nader ścisłych i subtelnych. Pominąwszy już samą metodę kolorymetryczną w zasadzie bardzo względną i nieścisłą, napotyka się niedokładności, obniżające wartość badań. Do porównania służyła autorowi skala utworzona przez zwiększającą się ilość kropli wyciągu glicerynowego trzustki lub żołądka. W jaki sposób jednak wyciąg ten był przygotowany, autor wcale nie podaje, a ważnąby było rzeczą wiedzieć ten szczegół, zważywszy, jak różną może być ilość fermentu w wyciągu, stósownie do postępowania. Jeszcze większe wątpliwości nasuwają badania nad ptyaliną, którą autor oznaczał gotując przez pewien nieoznaczony bliżéj czas ferment strącony z moczu za pomocą włóknika i porównywając ze skalą otrzymaną przez podobne gotowanie fermentu wprost ze śliny otrzymanego. — Oznaczał téż autor ptyalinę pośrednio, oznaczając chlorkiem żelaza kolorymetrycznie ilość siarsinku potasu, twierdząc, że jakkolwiek nie mamy żadnych doświadczeń w tym kierunku, jednak możemy przypuścić, że równocześnie z ilością tegoż połączenia i ilość innych składników zmieniać się będzie. Pominąwszy nawet, że na takie apriorystyczne założenie, nie poparte badaniami, zgodzić się nie można, rażąco nieudolną i wątpliwą jest metoda oznaczania ilości siarsinku potasu, jeśli zważymy, że w ślinie znajdują się tak małe ilości tegoż ciała, iż zaledwie bardzo a bardzo słabe dają zabarwienie z chlorkiem żelaza, iż nawet dłuższy czas wahano się z uznaniem obecności tegoż połączenia, — autor zaś oznaczał je w moczu w 5 cm., więc w minimalnych ilościach, gdzie nadto musi wchodzić w rachubę wielka liczba innych ciał, zaciemniających to oddziaływanie. Mimo tych niedokładności olbrzymich autor podaje nader ścisłe wyniki tego sposobu. Dziwna rzecz, iż zaraz potém oznacza w tenże sam sposób ilość wydzielanego salicylanu sodowego chlorkiem żelaza, nie rachując się zupełnie z obecnością siarsinku potasu, który jednak podług niego tak czułym jest na powyższe oddziaływanie! Takie zasadnicze błędy i usterki dziwnie nie licują z drobiazgową ścisłością i dokładnością wyników i każą przyjmować całą pracę z wielką ostrożnością i zastrzeżeniem. (*Pflügers Archiv*, 38 T. 1. 2). *G. Piotrowski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. **O rozpoznawaniu sporyszu w mące.** Hilger wykonywał badania liczne porównawcze nad różnemi metodami, służącemi do wykrywania i oznaczania sporyszu w mące. Najczulsze i najdokładniejsze są dwie metody: metoda Palma i metoda E. Hoffmanna. Metoda pierwsza polega na badaniu smug absorbcyjnych w przyrządzie widmowym. Wykonanie jéj dość jest mozolném, duzo czasu wymagającém z powodu sączenia osadów, i o tyle trudną do uskutecznienia, że wymaga przyrządu, który nie zawsze znajduje się pod ręką. Czułość metody Palma ocenia Hilger na 0,5% sporyszu. Metoda E. Hoffmanna jest łatwiejszą do wykonania i zdaniem Hilgera dokładniejszą, bo wykazuje jeszcze dokładnie 0·01 a nawet 0·005% sporyszu. Wykonanie jéj jest następującém: Dziesięć grm. mąki wytrawia się 20grm. eteru, do którego dodano 10 kropli rozcieńczonego SO_4H_2 (1:5), przez 12—24 godzin w kolbie dobrze zamkniętéj przy ciepłocie pokojowéj. Następnie ciecz się dekantuje, sączy, obmywa znów do 20grm. eteru, i dodaje 10—15 kropli na zimno wysyconego rozczynu wodnego $NaHCO_3$. Teraz kłóci się całą ilość płynu z wodą destylowaną. W wodę destylowaną przechodzi barwik sporyszu, barwiąc ją mniéj lub więcéj mocno fiołkowo. Hilger zauważył, że reakcyja wybitniéj występuje, jeżeli przed wytrawieniem mąki eterem z SO_4H_2 zaprawia się ją kilku kroplami (do 20%) rozczynu KOH i przez 10 minut pozostawia, aby mąka napęczniała. Naturalnie, że w takim razie należy dodać więcej SO_4H_2, aby zobojętnić KOH. Dość dokładne wyniki daje także badanie mikrochemiczne. Przy takiém badaniu postępował Hilger, stosownie do zalecenia Steebuscha (*Ber. d. chem. Ges.* 16, 2449), w sposób następujący. Nasamprzód przyrządza się rozczyn diastazy 50grm. drobno potłuczonego słodu, wytrawia się przez 2 godziny 500sz.cm. wody przy ciepłocie 30—45°C., poczém rozczyn ten przesącza się. Następnie 2grm. mąki próbować się mającéj zaprawia wodą wrzącą, aż się zrobi klajster i nalewa 100sz.c. wyciągu słodowego, pozostawiając wszystko przez 2—4 godzin w ciepłocie 40—50°C. Następnie dla odstania zostawia się jeszcze ciecz tę przez jakiś czas (do 12 godzin) w ciepłocie pokojowéj. Potém ciecz się odsącza, a osad bada pod drobnowidem. Teraz można dokładnie widzieć charakterystyczne delikatne utkanie sporyszu. Również charakterystycznie występuje oddziaływanie na jod. Podczas gdy skrobia pod drobnowidem zabarwia się na fijołkowo z rozczynem jodu, to tkanka sporyszu (jak w ogóle *celulosa* grzybów) barwi się żółto-brunatno. Co do metody trimetylaminowéj, to Hilger zgadza się zupełnie z Pohlem, że ług potasowy wywołuje woń trimetylaminu także i w mące nie zawierającéj sporyszu, lecz skutkiem dłuższego przechowywania w miejscu wilgotném, uległéj już częściowo procesowi gnicia. (*D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 1).

Ω. **Zatrucie kamforą.** Urzędnik pewien, który przedłużył sobie samowolnie urlop, chciał symulować chorobę i w tym celu użył wewnętrznie dwóch kawałków kamfory wielkości orzecha muszkatełowego. Już po upływie kilku minut wystąpiły objawy zatrucia, pod każdym względem podobne do długo trwającego i z kilku okresów złożonego napadu padaczkowego. Podanie kawy i nalewki belladonowéj usunęło dość szybko objawy zatrucia. (*D. med. chem. Ztg.*, Nr. 1).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 13 stycznia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 27.

1. Koll. urzędnicy Tow. zdali sprawę z czynności naukowych i administracyjnych z r. 1885.

2. Kol. Obaliński omówił nową przez siebie podaną metodę podniesienia nosa zapadniętego, przedstawiając zarazem kobietę, którą w ten sposób od oszpecenia uwolnił. (Rzecz ta była ogłoszona w Przeglądzie Lek.). *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 24.

1. W dyskusyi nad metodą podniesienia zapadniętego nosa, podaną na poprzedniém posiedzeniu przez kol. Obalińskiego uznaje kol. Mikulicz metodę tę za cenne wzbogacenie chirurgii plastycznéj nosa a niejako za uzupełnienie metody swojéj. Pierwsza jest wskazaną w przypadkach zapadnięcia końca nosa, druga przy tegoż siodełkowatém zaklęśnięciu. Przy téj sposobności demonstruje kol. Mikulicz na rysunku i fotografii przypadek metodą swoją operowany z dobrym skutkiem. Kol. Obaliński zgadza się z tém zapatrywaniem.

2. Kol. Jan Rosner opisuje przypadek zakończenia odbytnicy w pochwie z następném zaparciem żywota i zboczeniem w przebiegu porodu obserwowany w klinice prof. Madurowicza. (Wykład ten ogłoszony został w Przeglądzie Lek.).

Kol. Jordan z okoliczności, iż w opisanym przypadku nagromadzenie kału w odbytnicy stanowiło zawadę porodową, opisuje przypadek z własnéj praktyki, w którym zawada porodowa polegała na przepuklinie pochwowéj pęcherza moczowego, moczem przepełnionego, a gdzie z powodu siności powierzchni obrzęku, oraz zajęcia znacznéj części prawéj okolicy sromowéj, pomięszanie z krwiakiem pochwy i sromu było możebne.

3. Kol. Prus mówił „o leucynie we krwi bielicowéj". Prelegent skreśliwszy rozwój nauki o różnych postaciach bielicy, opisuje przypadek bielicy gruczołowéj, obserwowany w klinice prof. Korczyńskiego. W przypadku tym były bardzo powiększone gruczoły limfatyczne krezkowe, tworzyły bowiem guz wielkości głowy dorosłego człowieka. Również na karku, pod pachami i w pachwinach znajdowały się gruczoły rozmaitéj wielkości, aż do objętości jaja kurzego. Stosunek ciałek białych krwi do czerwonych był jak 1:28. W kropelce krwi otrzymanéj przez nakłócie palca zauważył nadto kol. Prus twory okrągłe, składające się z drobniuchnych igiełek ułożonych promienisto. Wielkością swą przewyższały one ciałka krwi 2 do 5 razy, badanie zaś mikrochemiczne wykazało, że twory te są kryształkami leucyny. Ilość téj ostatniéj we krwi wspomnianego chorego musiała być bardzo znaczną, skoro już w jednéj kropelce krwi roztartéj na szkiełku układa się leucyna w tak piękne kryształki. Leucyna znajdowała się również w moczu tego chorego w znacznéj ilości, z kropli bowiem zostawionéj na szkiełku przez kilka godzin, wytworzyło się mnóstwo kryształków leucyny obok kwasu moczowego itp. Według metody Salkowskiego otrzymano z tego moczu leucynę i hypoksantynę. Obecność tak znacznéj ilości leucyny we krwi i moczu powyższego chorego tłumaczy prelegent nadmierném powiększeniem się gruczołów limfatycznych a na poparcie swego twierdzenia przytacza: 1) że leucyna znajduje się w gruczołach limfatycznych już w stosunkach prawidłowych, 2) że w przypadkach powiększenia się gruczołów limfatycznych z innego jakiegobądź powodu napotykano leucynę w krwi i moczu, 3) że leucynę znajdowano dotychczas tylko w tych przypadkach bielicy, w których gruczoły limfatyczne były znacznie powiększone i 4) że w dwóch przypadkach ciężkiéj bielicy śledzionowéj, obserwowanych w klinice prof. Korczyńskiego, nie napotkano leucyny ani we krwi, ani w moczu chorych. W owych dwóch ostatnich przypadkach zwrócił kol. Prus uwagę na tak zwane „płytki krwi Bizzozery". Ze względu, że płytki te ulegają bardzo łatwo rozpadowi nie podobna było zliczyć ich sposobem dotychczas praktykowanym. Po długich jednak próbach udało się prelegentowi w zmodyfikowanym odpowiednio płynie Flemminga wynaleźć roztwór utrwalający płytki Bizzozera. Obliczenia dokonane przy zastosowaniu tego płynu pouczyły, że ilość płytek wzmiankowanych we krwi bielicowéj jest znacznie zwiększoną; podczas gdy bowiem w stosunkach normalnych ilość ich wynosi w 1m.sz. krwi około 500.000, w bielicy napotyka się ich do 2.000.000. Powyższy roztwór uwydatnia nadto bardzo pięknie jądra ciałek białych, na których nieraz dało się obserwować tak zwaną karyokinezę, t. j. dzielenie się jądra, a następnie pierwoszcza ciałka białego. W końcu nadmienia prelegent o kryształkach Charcot-Neumanna, nie zgadzając się z zapatrywaniem Zenkera, który powstanie tych kryształków odnosi do rozpadu ciałek białych, gdy one zdają się powstawać najprawdopodobniéj z osocza krwi. *Dr. Dobruchowski.*

Towarzystwo lekarzy kijowskich.

Posiedzenie zwyczajne z d. 26 grudnia 1885 r.

Przewodniczący prof. Münch. Członków obecnych 34.

1) Kol. Tomaszewski przedstawił chorego z oddziału kiłowego kijowskiego szpitala garnizonowego, u którego wystąpiły zmiany kiłowe w ścięgnach stawu kolanowego lewego (zgrubienie i przerost *lig. patellae propria)* oprócz tego kilakowe zmiany na grzbiecie ręki i nogi lewéj. — W dyskusyi, w któréj przyjęli udział kol. Münch, Flejszer i Szadek, wypowiedziana była wątpliwość co do ostatecznego rozstrzygnięcia dyjagnozy w danym przypadku i przypuszczenie, czy zmiany spostrzegane u chorego nie są gruźliczego pochodzenia, szczególnie na ręce i stopie tém bardziéj, iż ciecz wypływająca z ledwo dostrzegalnéj przetoki na nodze nie była dokładnie zbadaną co do obecności w niéj laseczników gruźlicy. — Kol. Szadek nadmienił též, iż zmiany chorobowe na ręku i nodze nie są ściśle odgraniczone, lecz są dość rozlane, z charakterem zapalnym, cech zaś wybitnych właściwych kilakom nie przedstawiają; rozpoznanie ściśle zresztą może być stwierdzone późniejszym spostrzeganiem przypadku.

2) Kol. Borjakowski opowiedział przypadek spostrzegany w klinice położniczéj uniwersyteckiéj, w którym u młodéj kobiety w skutek nieostrożnego i gwałtownego pierwszego spółkowania nastąpiło obrażenie międzykrocza, ostatnie wywołało powstanie przetoki międzykrocza łączącéj się z odbytnicą. — W dyskusyi kol. Rejmann wypowiedział wątpliwość co do téj okoliczności, aby *coitus* mógł być rzeczywistą przyczyną powstania przetoki i opierając się na kazuistycznych szczegółach odnośnych, ogłoszonych przez rozmaitych autorów przypuszczał raczéj, iż obrażenie międzykrocza powstało w danym przypadku z innego jakiegoś powodu, a który chora życzyła sobie ukryć (np. umyślne obrażenie obcém ciałem, co nieraz miewa miejsce przy sprośnych igraszkach zepsutéj młodzieży obojéj płci w niewykształconéj niższéj klasie społeczeństwa).

3) Kol. Kozłowski przedstawił chorego z otworami w środkowéj części szyi na wewnątrz od *m. sternocleidomastoideus* usadowionemi z obu stron; otwory te prowadzą do wązkich przewodów komunikujących się z jamą gardła *(cavum pharyngis)*, ostatnią okoliczność stwierdzić można przy zastrzykiwaniach płynów przez zewnętrzny otwór przewodów lub wprowadzając zgłębnik. Przewody wymienione, lub raczéj przetoki, są wrodzonemi i powstały w skutek niezasklepienia się łuków skrzelowych płodu w pewnym okresie życia zarodkowego.

4) Kol. Flejszer okazał spirytusowy preparat torbiela, który był wycięty w przypadku podobnym do przedstawionego przez kol. Kozłowskiego. W tym przypadku zewnętrzny otwór przewodu zarósł, w skutek czego wytworzył się torbiel na szyi u chorego.

5) Kol. Münch demonstrował anatomiczne okazy bąblowca nadnercza i bąblowca lewego płatu wątroby. W ostanim przypadku nowoutworzony worek z bąblowcami przez ucisk na żyłę główną dolną wywołał jéj zarośnięcie.

6) Kol. Sudakiewicz opowiedział w krótkości o wynikach, jakie otrzymał badając w pracowni patologicznéj prof. Müncha drobnowidowe zmiany w zwojach nerwowych *(ganglion Gasseri et cervicale sup.)*, wziętych z 2 osobników, cierpiących za życia na trąd *(lepra)*. Zwróciwszy na to uwagę, iż trąd zwykle wywołuje tak zwane śródmiąższowe zmiany w narządach dotkniętego chorobą, miąższ zaś zwykle pozostaje nietknięty i ulega cierpieniu dopiero następnie, prelegent mówi, iż badając pod drobnowidem zwojowe komórki trędowatych, nadspodziewanie napotkał doniosłe zwyrodnienie i zmiany w substancyi komórki, mianowicie wykazywała ona obecność laseczników, właściwych

trądowi *(bacilli leprae)*, które były skupione śród komórki lub usadowiały się w obwodzie ostatniéj; oprócz tego w komórkach zwojowych spostrzegał zanikową sprawę zwyrodnienia substancyi będącą zapewne w przyczynowym ścisłym związku z obecnością laseczników w komórce. Większa część komórek w zwoju zwykle przedstawiała się znacznie zmniejszona w swéj objętości; obok jednak zanikających komórek można téż było czasem napotkać i przerosłe komórki.

W dyskusyi kol. Sikorski zwraca uwagę na wysoce naukową doniosłość wyników otrzymanych przez kol. Sudakiewicza, gdyż dotąd nikt podobno nie spostrzegał drobnotworów wewnątrz komórek zwojowych; komórki te są zawsze uważane za nietykalne w stosunku do przenikania drobnotworów.

Dr. Karol.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 13 maja 1885 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 6.

1) Przewodniczący zawiadomił, że stósownie do uchwały powziętéj na ostatniém posiedzeniu Komisyi balneologicznéj, podanie popierające prośbę stowarzyszenia mającego zamiar budować kolej żelazną diagonalną z Dobry do Wieliczki, któraby znacznie skróciła drogę do naszych zakładów leczniczych i klimatycznych, a zwłaszcza do Rabki, Zakopanego i Szczawnicy, zostało przesłaném z początkiem bieżącego roku do Ministerstwa handlu. Czy skutek odniesie, dotychczas nie wiadomo.

2) Przewodniczący odczytał list Dra Dobieszewskiego lekarza zdrojowego w Maryjenbadzie, w którym tenże donosi, że przyjął na siebie obowiązek dostarczania opisów zdrojowisk polskich do wychodzącego właśnie obszernego dzieła, wydawanego przez Dujardina-Beaumetza pt. „*Dictionaire des sciences médicales*“, a zarazem prosi Komisyi balneologicznéj o dopomożenie mu w otrzymaniu potrzebnych wiadomości. Komisyja czyniąc zadość życzeniu kol. Dobieszewskiego uchwala stósowną odezwę wysłać do zarządów zdrojowisk, aby wprost na ręce Dra Dobieszewskiego w jak najkrótszym czasie nadesłały najnowsze broszury i potrzebne wiadomości o zakładach pod ich opieką zostających.

3) Przewodniczący podał wiadomość, iż na ponowne wezwanie rozesłane w listopadzie r. 1884, do zarządów zakładów zdrojowych, które dotychczas nie odpowiedziały na wezwanie Komisyi o nadesłanie wiadomości potrzebnych do skreślenia krótkiego lecz treściwego opisu wszystkich zakładów zdrojowych i klimatycznych na ziemiach polskich się znajdujących (a takich było 36), zaledwie siedem uczyniło zadość wezwaniu a mianowicie: Rabka i Wysowa w Galicyi, Czigielka i Żulin z pogranicza Węgier, Nałęczów i Sławinek z Królestwa Polskiego i Druskienniki z Litwy. Dodatkowo otrzymała Komisyja opis Głębokiego, lubo niebędący odpowiedzią na posłaną odezwę. Razem tedy z 49 zakładów istniejących na ziemiach polskich, do których odezwę rozesłano, dostarczyło materyjału potrzebnego Komisyi zaledwie 18 (11 z Galicyi, 1 ze Śląska, 2 z Węgier, 2 z Królestwa polskiego i 2 z Litwy) nie dostaje zatém materyjału z 31 zakładów i to właśnie takich, o których Komisyja nie ma żadnych albo tylko bardzo małe wiadomości, wcale niedostateczne, aby je można było opisywać. Przy takiéj obojętności i niepoznaniu własnego interesu ze strony zarządów zakładów, nie pozostaje Komisyi nic innego, jak tylko otrzymane materyjały zachować w aktach Komisyi, a doprowadzenie do skutku zamierzonego przedsięwzięcia odłożyć „*ad feliciora tempora*“. Wniosek Przewodniczącego jednomyślnie przyjęto.

4) Profesor Dr. Olszewski podał wypadki świeżo przezeń dokonanego rozbioru chemicznego wody ze zdroju Kaźmierza w Rabce. Przedstawia je następująca tablica.

Ciepłota wody + 10°C. Ciężar gatunkowy 1.00992.

W 1000 gramach wody znajduje się:

Chlorku potasu	0.285570
Chlorku sodu	11.580820
Jodku sodu	0.010853
Bromku sodu	0.028610
Boranu sodowego	0.230950
Węglanu sodowego	0.442870
Węglanu litowego	0.052420
Węglanu wapniowego	0.141890
Węglanu magnowego	0.080050
Węglanu strontowego	0.002970
Węglanu manganowego	0.001710
Węglanu żelazowego	0.000661
Siarkanu potasowego	0.021420
Siarkanu barowego	0.006710
Tlenku glinowego	0.000112
Kwasu krzemowego	0.009600
Razem składników stałych przez zespolenie otrzymanych	12.897216
Składników stałych przez odparowanie otrzymanych	13.045950
Ciała organiczne i strata	0.148734
Kwasu węglowego wolnego	0.246980

Rozbiór ten wykazał w porównaniu z rozbiorem téj saméj wody przed rokiem dokonanym nieznaczne tylko różnice, co dowodzi, że woda tego zdroju nie podlega znacznym zmianom w skutek dopływu wody słodkiéj. Pomiędzy składnikami wody w zdroju Kaźmierza zasługuje na szczególną uwagę boran sodowy, który przy rozbiorze dokonanym przed laty przez śp. Aleksandrowicza został pominiętym, jakkolwiek znajduje się stosunkowo w znacznéj ilości. Nie ulega wątpliwości, że i inne zdroje rabczańskie składnik ten w jeszcze większéj ilosci zawierać muszą; okoliczność ta jest ważną z tego powodu, że boran sodowy w nowszych czasach coraz większego doznaje zastósowania jako środek leczniczy.

W dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział koledzy Blatteis, Trochanowski i Przewodniczący.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Ściborowski.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

Same zaś klimatyczne różnice najściśléj dają się uwydatnić uwzględnieniem ich wpływu na rozwój stanów chorobowych. W pasie téż północnym zimnym spotykałem przeważnie cierpienia zapalne głównie w narządzie oddychania, gośćce stawowe ostre i długotrwałe, zapalenie spojówki połączone z bardzo znacznêm obrzmieniem powiek, rzadziéj niż gdzieindziéj, zimnicę i dur, lecz za to choroby pasorzytowe skóry, kiła z bardzo gwałtownemi pojawami, cierpienia organów płciowych u kobiet, dawały się tu często zauważyć. W pasie wschodnio-północnym umiarkowanym uważałem następujące stany chorobowe: zapalenie opon mózgowych, jelit i płuc, czerwonkę, dur plamisty, gościec stawowy i wreszcie zimnicę z wielką bardzo skłonnością do wywołania charłactwa. Kiła, i tutaj częsta, występuje jednak z pojawami mniéj gwałtownemi. Choroby skórne są rzadsze. Tu i owdzie spotyka się trąd. W pasie wschodnim zimniejszym, mianowicie pośród ludności zamieszkującéj skłony Elwendu i Elburz, najczęściéj uważanemi przypadkami chorobowemi są to zapalenia stawów, ustalanie się procesu chorobowego w gruczole przyusznym, kamienie moczowe, a ze stanów zakaźnych: dławiec, ospa i błonica panując tu nagminnie sprawiają bardzo znaczną śmiertelność. We właściwym zaś tu pasie umiarkowanym bardzo obszernym i zbliżonym swym południowym kątem ku strefie gorącéj, prócz stanów chorobowych wyżéj zacytowanych, uważamy jeszcze okres bardzo gwałtownych zimnic, z następowym znacznym przerostem śledziony, niekiedy zapalenie wątroby miąższowe, choroby zapalne i zakaźne, w których dur plamisty, choleryna, czerwonka, błonicowe zapalenie jelit, dławiec i krztusiec, wreszcie od czasu do czasu wybuchająca tu dżuma, dominują nad innemi stanami patologicznemi. Choroby narządu oddy-

chania spotykają się tu dość często, z przebiegiem zawsze prawie fatalnym. Przypadków kiły mniéj się spotyka, z powodu, że ludność złożona przeważnie z plemion koczujących, mało jeszcze zasmakowała w przyjemnościach miejskich. Lecz przeciwnie choroby skórne zdają się mieć tu ognisko swego rozwoju i jakakolwiek ich natura i przyczyna spotykają się tu nadzwyczaj często, będąc przedmiotem zajmującym całe rodziny leczących doradców. Wreszcie pas gorący, a właściwie przejście z pasa umiarkowanego do gorącego, cechują choroby powstałe ze zmian, jakim uległy pewne narządy ustroju, tu więc spotykamy tężec i konwulsyje, zapalenie, zwyrodnienie i ropienie wątroby, ciężkie i uporczywe choroby skórne, kiłę z przebiegiem również gwałtownym jak i w prowincyjach północnych; ciekawe i zdumiewające stany chorobowe u starców z przyczyną usadowioną prawie stale w narządzie krążenia; daléj cierpienia powstające w skutek nadużyć tak pokarmów jak i napoi, wywołujących bardzo tu częste stany zapalne ostre i długotrwałe głównie w organach narządu trawienia. Bardzo szybkie zmiany w temperaturze dnia i nocy, na które obcy mianowicie przybysze nie zwracają uwagi, bardzo często stają się powodem ciężkich i długotrwałych czerwonek. Téj również przyczynie należy przypisać często obserwowane tu tężce, konwulsyje i ostre stany zapalne płuc. Wreszcie pas to, gdzie choroby zakaźne znajdując wolne i stósowne do swego rozwoju pole występują z wielką energiją, panują nagminnie lub przybierają charakter epidemii, rozwlekają się na znaczne przestrzenie. Niemniéj ważną do zacytowania jest tu jeszcze i wielka bardzo częstość gruźlicy, występującéj przeważnie u kobiet i dzieci i dająca się wytłumaczyć ogólną wątłą budową mieszkańców, sposobem ich życia, rozmaitego sposobu nadużyciami, a głównie zdaje się wzmacnianiem nibyto ustroju środkami podniecającemi, w których liczbie figurują przeważnie rozmaite istoty korzenne. Tutaj też śmiertelność pośród mieszkańców jest bardzo znaczną. I jakkolwiek wynagradza ją znaczna stosunkowo płodność, to jednak wolno jest przyjąć jako pewnik, że w tym to pasie umiera j e d e n na 23 mieszkańców. Cyfra to znaczna, o połowę większa niż w Europie i dorównywająca prawie śmiertelności obserwowanéj w Indyjach wschodnich. Pomimo to jednak w tych to prowincyjach wykłuły się i rozwinęły zasady, będące podstawą perskiego panteizmu. W takim np. Szyrasie kwitnęły nauki, działali ludzie dążący do uszlachetnienia kobiety i wprowadzenia społeczeństwa na inne tory. Dziś pozostały tylko wspomnienia lepszego dawnego bytu, i żal po ich stracie, wyrażający się narzekaniami na niestałość klimatu i potrzebę znoszenia jego szkodliwych wpływów jako zasłużonéj niby kary!

Mniéj skłonny od innych wschodnich ludów do zastanawiania się nad tajemnicami gwiaździstego namiotu, jaki natura rozpostarła nad planetą-ziemią, prawdziwy Pers, byle tylko nieduchowny, często wdaje się w rozprawy i z pewnym gorączkowém i charakterystyczném zajęciem traktuje kwestyję meteorologii własnego kraju. Częste prowadząc z niemi pogadanki, sam narzekając na zbyteczny upał lub dokuczliwe zimno i wszystko co niestałość zmian atmosferycznych pociąga za sobą, z przyjemnością widziałem, jak moi w wysokich kołpakach słuchacze chwytali każdą wiadomość dotyczącą klimatu. Przekonałem się jednak, że powodem téj ich natężonéj uwagi nie było co innego, jak tylko chęć dowiedzenia się, czy też pośród tak wiele pracujących „f r e n k o w“ nie zrobiono dotąd żadnego kroku w celu oznaczenia źródła, z którego pochodzi wiatr tak nam dokuczający nieraz i czyby nie dało go się zamknąć w pewnych granicach posłuszeństwa. A jeżeli nie zamknąć, to ścieśnić przynajmniéj? Podobne pytanie, jakby nie było jowialném oczywiście pochodziło od tych co czytali lub słyszeli coś o mitologiczném znaczeniu wiatru i o tém, zkąd starożytni wyprowadzali jego źródło. Wielkie też było zdziwienie moich ciekawych, gdy im zacytowałem parę istotnych przyczyn tych anormalnych prądów powietrznych, gdy pokazałem sposoby mierzenia ich siły i szybkości za pomocą anemometru i anemografu, a głównie gdy wypowiedziałem zdanie, że te to prądy powietrzne pewna część naszych uczonych uznaje za drogę ułatwiającą przenoszenie się chorób zakaźnych z jednéj okolicy w drugą. Byłoto wystarczającém do pogrążenia myślących Persów w głęboką zadumę, dziwienia się naszéj naiwności sanitarnéj w takiém ustaleniu kordonów i kwarantan i wreszcie wypuszczenia kilku energicznych kłębów dymu z odświeżonego Kalyanu, podanego na zakończenie dysputy.

W istocie też mieszkańcy Persyi mają racyję uskarżania się na prądy wiatru gwałtowne, długotrwałe, dokuczliwe i dobrze dające się uczuć z powodu źle zaopatrzonych mieszkań i przy potrzebie podróżowania bez względu na porę roku. O ile też mogłem się zapewnić, niestałość warunków klimatycznych podtrzymuje tu zmienny kierunek prądów powietrznych. Czy zaś przyczyna ich leży w niejednostajném działaniu cieplika na rozmaite warstwy powietrza, czy w natężeniu i szybkiém tworzeniu się mas obłoków, czy w działaniu siły elektrycznéj, o tém mogą przekonać tylko dłuższe doświadczenia. Dla mnie to tylko pozostaje pewnym dowodem, że jakąkolwiek byłaby przyczyna wiatrów tutejszych, wszystkie one nie dadzą się zaznaczyć jako posiadające ten lub ów ścisły kierunek, zkąd wydatną ich cechą jest przypadkowość. Jednakże jednym z prądów mających tu swą nazwę jestto wiatr północno-zachodni, panujący od połowy października do końca marca, co do kierunku i siły odpowiadający włoskiemu Bora, i zwany tu „K a r a - j e l“. Wiejąc od północy przy paśmie Talwentu prąd ten rozdziela się na dwa kierunki, z których jeden dążąc na wschód łagodnieje w okolicach południowych pasma Elburz; drugi postępując daléj na południe, całą swą siłę jednoczy na skłonach pasma Elwend i Gerdane. Jestto wiatr zimny, wilgotny, oddziaływający fatalnie na zdrowie mieszkańców tych okolic, przez które przebiega. Drugi prąd powietrza zupełnie przeciwny wspomnianemu jestto tak zwany „H a w a“, wiatr południowo-zachodni z kierunkiem od zatoki perskiéj i półwyspu arabskiego. W tym swoim biegu przez rozgrzane warstwy powietrza prąd ten nasyca się ich cieplotą przenikając do Persyi jako „S a m m y a l“, wiatr ognisty stósownie do miejscowych pojęć. Siła jego jest jednak znacznie łagodniejszą od gorącego wiatru pustyni. Trwa dwa miesiące w ciągu lipca i sierpnia. Lecz i ten krótki okres wystarcza, aby dać poznać mieszkańcom, jak jest przykrém a nawet niebezpieczném spotkanie się z waryjacką siłą jego prądu. Nieopisany stopień osłabienia, duszność, bardzo gwałtowne zapalenie błony śluzowéj oka, wysychanie i chropowatość skóry, zresztą niczém niedające się uśmierzyć pragnienie, oto objawy, jakich doświadcza każdy, którego konieczność naraziła na spotkanie się z tym prądem powietrza. To też Persowie zmuszeni do podróżowania w téj porze roku, a głównie wynajmujący konie do przewozu towarów, przebywając przestrzenie od Bender-buszyru do Szyrasu i Ispahanu, mają zwyczaj nasmaro-

wywania ciała rodzajem wilgotnego ciasta, mięszaniną złożoną z krzemionki magnezyjowéj (Talk) wodnistéj, pewnéj ilości smoły mineralnéj (Memnye), rozrobionych w świeżéj maślance (Dug). Sposóbto dość praktyczny. Zabezpiecza bowiem skórę od działania zbyt gwałtownych prądów powietrza, lecz téż i zanieczyszcza ją znakomicie, tak że tylko zimniejsza pora roku i częste łaźnie zdolne są zaledwie powrócić skórze jéj pierwotną barwę. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29,7. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 2 (0 z. t.); z gruźlicy 9 (12 z. t.); z zapalenia płuc 6 (6 z t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 róży, 8 duru osutkowego (z ul. Kupa l. 15, z ul. Piekarskiéj l. 12, z ul. Józefa l. 35, ze Stradomia, z aresztu miejskiego, z ogrzewalni 3). W tygodniu od 7—13 marca umarło z ospy: w Warszawie 2, w Wiedniu 5, w Pradze 7, w Rzymie 10, w Zurychu 8, w Paryżu 5; z duru osutkowego umarło: w Petersburgu i Londynie po 1; z duru powrotnego w Petersburgu 7; z duru brzusznego: w Warszawie 12, w Hamburgu 9, w Paryżu 15, w Petersburgu 23; z odry umarło w Berlinie 15, w Rzymie 25, w Paryżu 12, w Londynie 37, w Petersburgu 20. Z płonicy umarło w Hamburgu 9, w Paryżu 11, w Petersburgu 31. Z błonicy umarło w Berlinie 47, w Dreźnie 8, w Hamburgu 11, w Wiedniu 17, w Paryżu 51, w Londynie 30, w Petersburgu 16. Z krztuśca umarło w Londynie 126. Z cholery umarło w Weronie 10 marca 3, a wyzdrowiało 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,0; w Brodach 42,9; w Drohobyczu 71,8; w Kołomyi 53,7; w Przemyślu 24,6; w Stanisławowie 27,9; w Tarnopolu 43,9; w Tarnowie 34,1; w Czerniowcach 51,1; w Pradze 42,9; w Wiedniu 36,2; w Lincu 23,4; w Salcburgu 36,5; w Gracu 38,5; w Tryjeście 34,9; w Insbruku 39,4; w Bernie 46,8; w Ołomuńcu 25,5; w Opawie 34,9; w Warszawie 33,7; w Poznaniu 23,7; w Budapeszcie 35,1; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 25,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 30,4; w Bazylei 19,2; w Brukseli 29,5; w Chrystyjanii 35,1; w Genewie 31,5; w Kopenhadze 22,7; w Londynie 28,7; w Odesie 38,2, w Paryżu 29,5; w Petersburgu 37,7; w Pradze 36,8; w Rzymie 3?,9; w Stokholmie 28,3; w Wenecyi 33,6; w Zurychu 34,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 kwietnia. Wydział lekarski na posiedzeniu, odbytém d. 26 marca, mianował kandydata medycyny Wojtaszka demonstratorem przy katedrze farmakologii na rok jeden, oraz uchwalił przedstawić Ministerstwu kand. med. Filimowskiego do nominacyi na asystenta przy katedrze anatomii opisowéj na rok jeden. Dotychczasowi asystenci Drowie Bąkowski i Kadyi ustąpili z posad swoich, pierwszy przyjąwszy posadę lekarza miejskiego w Baranowie, a ostatni wstępując do praktyki w szpitalu św. Łazarza.

* Otrzymaliśmy list następujący: Szanowna Redakcyjo! Z dniem 1 kwietnia opuszczam Radziechów i przenoszę się do Gliniąn, gdzie otrzymałem stałą posadę. W skutek tego uważam za swój obowiązek zawiadomić szan. kolegów, że miejsce Radziechów jest ze wszech miar korzystném dla lekarza, albowiem w przeciągu jednorocznego mego tu pobytu miałem przeszło 2 tysiące złr. dochodu. Przytém stosunki towarzyskie, tak w mieście jak i w okolicy są przyjemne. Byłoby ze wszech miar korzystném dla kolegi mającego zamiar tu się osiedlić, aby to uczynił jak najprędzéj, w takim razie mógłby całą moją praktykę bezpośrednio objąć nie potrzebując jéj sobie dopiero wyrabiać.

Dr. Kazimierz Podlewski.

* Dr. Konstanty Heumann, starszy lekarz sztabowy i szef sanitarny w Budapeszcie, przeniesiony został w stan spoczynku na własne żądanie z powodu braku zdrowia.

* Podczas gdy fizyjolog Paweł Bert obejmuje właśnie urząd jeneralnego gubernatora Tonkinu, inny lekarz wybrany został prezydentem rzeczypospolitéj południowo-amerykańskiéj Uraguay: lekarzem tym jest Dr. med. Vidal.

* Niedawno temu pojawiła się w Krakowie niewiasta, która pod pretekstem, że jest wdową po doktorze medycyny, ogłaszała w pismach publicznych, że posiada tajny środek przeciw suchotom płucnym i rakowi, i że w hotelu przyjmuje codziennie chorych. W skutek szybkiéj interwencyi fizyka miejskiego policyja poleciła szalbierce opuścić natychmiast Kraków. Pokazało się, że niewiasta ta pochodzi z Czech i wcale nie jest wdową po lekarzu.

* **Praga czeska** 22 marca. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých“ przedstawił Dr. Deyl 16-letnią dziewczynę z kliniki prof. Schöbla. Chora dostała przed 3 tygodniami po przeziębieniu się na deszczu dreszczów, po których wystąpiła dosyć ostra gorączka, z bólami w krzyżach, gardle i czole. Te ostatnie zwłaszcza miały być gwałtownemi. W nocy z 5 na 6 bm. wystąpiła u choréj zupełna amauroza. Powieki zamknięte z trudnością tylko podnosiła chora na wezwanie, spojówka lekko nastrzyknięta, źrenice rozszerzone, tarcza nerwu wzrokowego naciekła (barwy woskowéj świecy), naczynia niezmienione. Już 4go dnia wystąpiły na tarczy objawy zaniku. Demonstrujący przypuszcza jako przyczynę amaurozy (zaniku nerwu wzrokowego) zmiany zapalne na podstawie czaszki i to ograniczone do tego miejsca, gdzie nerwy wzrokowe po skrzyżowaniu się wstępują do oczodołów. Zmiany zapalne przed skrzyżowaniem wyklucza z powodu, że nn. okoruchowe i bloczkowe nie były zajęte. Pytanie, czy zmiany te zapalne odnieść należy do *meningitis cerebro spinalis sporadica*, czy *meningitis basilaris tuberculosa*, pozostawia nierozstrzygniętém. Podnosi tylko tę okoliczność, że jedno z rodzeństwa choréj zmarło z gruźlicy płuc. *Dr. Obrzut.*

* **Wiedeń.** Tow. lekarskie wybrało prezydentem swoim prof. Bambergera, jego zastępcą prof. Billrotha, a sekretarzem 1m prof. Kundrata; przewodniczącym zaś na posiedzeniach naukowych proff. Exnera, Mauthnera i Widerhofera. Członkami honorowymi wybrani zostali: prof. Julijusz Béclard w Paryżu i Dr. Ignacy Hirschler, członek Izby magnatów w Budapeszcie, korespondentami proff. Koranyi i Lumniczer w Budapeszcie.

* **Paryż** Dla zakładu „Pasteura“ obok zebranych dotąd 240.000 franków Akademija lekarska przeznaczyła 10.000. a w parlamencie uczyniono wniosek, aby Rząd przeznaczył na ten cel 200.000 franków.

* **Charków.** Lekarze ordynujący w klinice psychijatrycznéj prof Kowalewskiego i rowie Gutników i Dawydów ukąszeni przez chorego, cierpiącego na wściekliznę, wyjeżdżają do Paryża, w celu poddania się leczeniu Pasteura.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** W miejsce Strümpella powołanego do Erlangi przedstawiony został jako kierownik polikliniki prof Hoffmann z Dorpatu. — **Zurych.** Dr. Otton Haab, docent prywatny okulistyki, wybrany został prof. okulistyki w miejsce Hornera. — **Insbruk.** Na wakujące dwie katedry: patologii ogólnéj i farmakologii Wydział lekarski jednogłośnie przedstawia asystentów wiedeńskich Gaertnera i Möllera. — **Berlin.** Prof. Gerhardt mianowany został członkiem Najwyższéj Deputacyi umiejętnéj a ustępujący prof. Quincke otrzymał order orła czerwonego 2 kl — **Graz.** Dr. Gustaw Pommer potwierdzony został jako docent anatomii patologicznéj, a docent Dr. Kessel powołany został jako nadzw. prof. otyjatryi do Jeny. — **Petersburg.** Drowie Jakubowicz i Kowalkowski habilitowali się w Akademii wojskowo-lekarskiéj jako docenci prywatni, pierwszy dla pedyjatryi a ostatni dla higijeny.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Leon Rosenbusch ze Lwowa i Justyn Karliński z Krakowa.

* **Nekrologija.** W Pradze umarł Dr. Józef Nowak, profesor higijeny w Uniwersytecie wiedeńskim w 45 roku życia. Znany, pracowity autor dzieła o higijenie, które od r. 1881 kilk. doczekało się wydań, od lat kilku zapadł na przewlekłe cierpieniu

mózgowe i już od dłuższego czasu nie był w stanie pełnić obowiązków swoich. We Wiedniu umarł lekarz sztabowy, okulista. Dr. Picha, w Montpellier prof. ginekologii Courty, w Nowym Yorku Dr. Austin Flint, przewodniczący Wydziału gospodarczego przyszłego Zjazdu międzynarodowego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Zdrowiu* Nr. 7: Leśnika: Fizyjologija alkoholizmu; Łuczkiewicza: O węgierskich cieplicach żelezistych; Sokołowskiego: Przyczynek do statystyki szpitalnéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Modrzejewskiego: O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha środkowego; Rejchmana: O przepłukiwaniu żołądka jako metodzie leczniczéj (dok.). — W *Medycynie* Nr. 13: Sokołowskiego: W kwestyi wyleczalności i leczenia owrzodzeń gruźliczych krtani; Rosenthala: Przyczynek do nauki o afazyi zmysłowéj (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 kwietnia o godzinie 6téj wieczór w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwykłe, na którém: 1) odbędzie się dalszy ciąg dyskusyi nad wnioskiem komisyi przemysłowéj, 2) poczém kol. Pieniążek mówić będzie o postępowaniu w obec zwężeń po tracheotomii w przebiegu krupu.

Sprostowanie Na str. 191, w. 8, zamiast rozczynu wyskokowego, winno być: „rozczynu wodnego"; str. 191, w. 16, zam. wybujałości bliznowatych, ma być: „przerostu błony śluzowéj obok bliznowatych ściągnięć"; w. 25, zam. kokainu (0,5, ma być: „kokainu 0,05"; w. 26, zam. po dwóch, ma być: „po kilku"; w. 30, zam. na raz, „na jedno posiedzenie"; w. 52, zam. a względnie, ma być: „a w głębi".

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla Członków Towarzystwa Lekarskiego galicyjskiego: Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galic za r. 1885.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

KONKURS.

Wydział powiatowy podhajecki rozpisuje niniejszém konkurs na posadę lekarza ordynującego w szpitalu powszechnym w Podhajcach z płacą roczną 500 złr. w. a. Posada ta nadaną będzie prowizorycznie na rok pierwszy, po upływie którego może nastać stabilizacyja.

Podania należycie ostemplowane i udokumentowane, w których ubiegający się wykazać winni swój wiek, stan, miejsce urodzenia i osiągnięty na jednym z uniwersytetów Monarchii austryo węgierskiéj stopień doktora wszech nauk lekarskich wnieść należy w terminie do 15 kwietnia 1886 r. na ręce podpisanego Wydziału powiatowego.

Z WYDZIAŁU RADY POWIATOWÉJ

w Podhajcach dnia 20 Marca 1886 r.

L. 122.

KONKURS.

Na posadę Asystenta 2go przy katedrze Anatomii opisowéj Uniw. Jagiell. rozpisuje się niniejszém.

Ubiegający się o tę posadę zechcą złożyć podania swoje na ręce podpisanego dziekana do d. 15 kwietnia rb.

Kraków dnia 31 marca 1886 r.

Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 10 kwietnia 1886. № 15. Rok XXV.

I. O środkach wypróżniających jelito, w szczególe o żwirze.

Podał **Dr. Kaczorowski,**
lekarz ordynujący w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.
(Referat dla dyskusyi w Sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk poznańskiego).

Środki wypróżniające używane bywają w chorobach albo samego przewodu pokarmowego celem przeczyszczenia albo innych narządów celem odwodzenia.

Podział naukowy tych środków, których poczet jeszcze ciągle wzrasta, napotyka na trudności. Podjęty przez Köhlera zakus podzielenia ich na podstawie fizycznych i chemicznych własności np. na rozpuszczalne w wodzie *(Salina Colocynthis, Aloe, Gratiola, Rheum, Senna, Frangula)*, na zawierające glicerydy, którym do rozpuszczenia potrzeba alkaliczněj zawartości jelita (*Oleum Ricini et Crotonis*) i na zawierające żywiczne kwasy anhydridowe, którym do rozpuszczenia potrzebna obecność żółci (*Agaricus, Gummigutta, Elaterinum, Jalapa, Scammonium*), już z tego względu za niedokładny uważać należy, ponieważ niektóre leki np. *Rheum, Senna, Aloe* zawierają obok pierwiastków rozpuszczalnych w wodzie, inne rozpuszczalne tylko w wyskoku. Radziejewskiego podział na leki łagodne, poruszające głównie cienkie jelito, gdy grube i proste w prawidłowym ruchu pozostają, i na silne, przyspieszające ruch całego jelita, już z tego powodu niedomaga, ponieważ działanie łagodniejszych nawet leków, zależnie od dawki i usposobienia osoby przyjmującéj, na cały ciąg jelita rozpostrzeć się może. Z tego samego powodu także podział staréj szkoły na spostrzeżeniach klinicznych oparty, na łagodnie otwierające (*eccoproctica)*, na rozwalniające (*laxantia sive purgantia*) i na silnie drażniące (*drastica)*, jakkolwiek najwięcéj racyi mający, ściśle przeprowadzić się nie da. Główną podstawą podziału winna być kwestyja fizyjologicznego oddziaływania na jelito, trybu oddziaływania owego w ogóle, a w szczególe na pojedyncze działy jelita. Ku rozwiązaniu tego działania rozliczne podjęto doświadczenia, tak na ludziach, jakoteż na zwierzętach. Podniesioną przez Liebiga teoryję, że leki solne działają na podstawie znanych własności endosmotycznych i eksosmotycznych błony zwierzęcéj, wywołując obfitszą wydzielinę jelita skutkiem wprowadzonych doń rozczynów solnych, bardziéj od krwi w naczyniach jelita przepływającéj skoncentrowanych, Poiseuille i Buchheim usiłowali uzasadnić doświadczeniami poza ustrojem podejmowanemi.

Headland zaś i Aubert zbili ową teoryję doświadczeniami na własnych osobach i zwierzętach dokonywanemi, wykazując, że solne leki w bardzo słabéj nawet koncentracyi zadane albo do krwi wstrzyknięte, gdzie wedle owéj teoryi sprowadzić winny zaparcie, również rozwalniająco działają.

Celem unaocznienia działania leków wypróżniających zakładano u zwierząt przetoki, albo podwiązywano ograniczone części jelita, wprowadzając doń bezpośrednio owe leki, albo śledząc na nich oddziaływanie wewnętrznie podanych leków. Badania na zatokach najpierw przez Thiryego, późniéj przez Schiffa uskuteczniane w celu rozstrzygnięcia kwestyi, o ile miejscowo do odosobnionéj części jelita zastosowane zwiększają jéj wydzielinę, zrazu ujemny wydały wynik, zkąd wyprowadzono wniosek, że działanie leków wypróżniających wyłącznie na spotęgowaniu ruchu robaczkowego jelita polega. Wniosek ten ujawniły doświadczenia Radziejewskiego, który założywszy zatokę poniżéj zastawki Bauhiniego, spostrzegał, że gdy w prawidłowych warunkach po nakarmieniu zwierzęcia w przeciągu 3—4 godzin 3—9 wypróżnień z przetoki następowało, po wewnętrzném zadaniu soli gorzkiéj, liści senesowych i innych leków rozwalniających już po 10—15 minutach zaczęły się pojawiać coraz częstsze, w przeciągu 4 godzin do 30 i więcéj wypróżnień. Na podstawie więc tych doświadczeń twierdził stanowczo Radziejewski, że działanie wszystkich bez różnicy leków rozwalniających li tylko od spotęgowanego ruchu robaczkowego jelita zależy, a nadto

że obfita ilość cieczy w wywołanych przez nie stolcach z prawidłowéj ale szybciéj posuwanéj wydzieliny jelita pochodzi.

Dopiero pracującemu pod kierunkiem Klaud. Bernarda Moreau udało się za pomocą osobliwéj metody wprowadzić więcéj światła w kwestyję oddziaływania leków wypróżniających na jelito. Podwiązując dłuższy odcinek jelita, do którego stósował doświadczenia swoje, równocześnie podwiązywał poniżéj i powyżéj tegoż odcinka mniejsze, dla kontrolowania odczynu tak miejscowo do średniego odcinka jak też górą do wnętrza wprowadzonych leków rozwalniających. Tym sposobem doszedłszy już poprzednio do ważnego wyniku, że przecięcie nerwów do średniego odcinka idących wywoływało w nim znaczną ilość cieczy, daléj sprawdził, że wstrzykiwanie do odosobnionego jelita rozczynu siarczanu magnowego w miarę ilości użytego leku jakoteż trwania doświadczenia, coraz bardziéj zwiększającą się wydzielinę cieczy w średnim odcinku wywoływało, co wszakże nie nastąpiło, jeżeli zwierzętom pod skórę lub do krwi wstrzykiwał morfin lub wyciąg makowcowy. Brieger, powtarzając doświadczenia Moreaugo, potwierdził nie tylko spostrzeżenia jego co do oddziaływania miejscowego leków solnych, ale zarazem wykazał, że tym samym trybem stosowane roślinne leki nie sprowadzały zwiększonéj wydzieliny w odosobnionem jelicie, kiedy natomiast leki drastyczne, np. *Ol. crotonis*, obfitą, poniekąd krwawą, zapalną wydzielinę w średnim odcinku wywoływały.

Z wszystkich więc owych doświadczeń da się wysnuć dosyć zgodny wniosek, że wszystkie leki wypróżniające działają wyłącznie pobudzaniem ruchu robaczkowego jelita, że zaś niektóre z nich oboczną jeszcze posiadają własność, i to, że leki solne przyciągają z jelita wodę i obfitszą wydzielinę śluzu z gruczołów błony śluzowéj jelita, a leki drastyczne w większych mianowicie dawkach nietylko nadmierną wydzielinę ale nawet zapalne wysięki z jelita wywołać zdołają.

W pobudzaniu ruchu robaczkowego jelita pośredniczą jako ośrodki nerwowe głównie sploty zwojowe Meissnera-Auerbacha, ciągnące się od żołądka aż do saméj prostnicy, nadto rdzeń pacierzowy, nerw błędny i współczulny; drażnienie pierwszych wywołuje drogą zwrotną ruchy całego jelita, drażnienie ostatnich trzech narządów nerwowych ruchy pojedynczych części jelita. Oddziaływanie niektórych leków na ograniczone części jelita stwierdzono również za pomocą wstrzykiwania ich do krwi; tym trybem Nasse wykazał o działaniu liści senesowych, Radziejewski aloesu i kolocynty, że ono przenosi się wyłącznie na grube jelito.

Krotonowy olejek wedle doświadczeń Radziejewskiego już bardzo szybko działa, zanim jeszcze wessanie jego do krwi nastąpićby mogło, z czego wnosić wypada, że drażniąc ściany żołądka drogą zwrotną jelito do silnych ruchów pobudza.

Według doświadczeń Dranizina na ludziach dokonywanych leki rozwalniające szybciéj działają w czasie ruchu aniżeli spoczynku osób służących do doświadczeń. Leki drastyczne, np. *Senna*, *Aloe*, *Colocynthis*, *Jalapa*, *Gummigutti*, zwykły wywoływać bóle brzucha, drażniąc albo bezpośrednio nerwy czuciowe jelita, albo pośrednio przez wywiązanie ustawicznych skurczów jelita, jakie Brieger u zwierząt obserwował. Poniekąd po tych samych lekach powstają także mdłości i wymioty.

Po niektórych lekach, np. po *Elaterinum*, *Podophyllinum*, *Gratiola*, uważali Koehler i Schroff obok właściwego działania rozwalniającego także zadrażnienie ośrodkowego układu nerwowego. Henrichsen, badając działanie leków rozwalniających na układ moczopędny, po *Colocynthis* i *Gummigutti* spostrzegał obfitsze wydzielanie się moczu, gdy po innych, mianowicie solnych, ilość moczu zmniejszać, stałych zaś jego składników zwiększać się zwykła.

Kalomelowi powszechnie przypisywanéj własności żółciopędnéj Bennet i Mosler sprawdzić nie zdołali; również podniesionéj przez Benneta takiejże saméj własności podofyliny doświadczenia Röhriga nie stwierdziły.

Co do formy stosowania leków rozwalniających pominąć można zapewne zakusy wstrzykiwania ich do żył; wspomnieć chyba wypada o zastrzykiwaniach pod skórę Aloiny, Kolocyntiny i Acidum catarrhtinicum, dokonanych przez Fronmüllera, Hillera i Kohna nie bez dodatniego skutku. Następujące wszakże po nich silne podrażnienie tkanki podskórnéj nie czyni ich polecenia godnemi, tak samo jak zapewne nikt naśladować nie zechce za przykładem Myaego i Vandoniego wcierań w skórę aloiny albo olejku krotonowego.

Otóż mniéj więcéj, co w ostatnich 3ch dziesiątkach lat o fizyjologicznem działaniu leków rozwalniających ogłoszono, a co zresztą w głównych szczegółach sprawdza trafne poglądy praktyczne dawnych lekarzy. Starsza szkoła, według godła *bene curat, qui bene purgat*, bardzo szeroko posługiwała się metodą wypróżniającą, młodsza, nie mogąc jeszcze i w tym kierunku zerwać z zainicyjowanym przez Wiedeńczyków skeptycyzmem, niesłuszną według zdania mojego zachowuje powściągliwość w szafowaniu lekami wypróżniającemi, hołdując prawie wyłącznie jednemu i to na krótki tylko czas ograniczonemu sposobowi stosowania ich za pomocą wód mineralnych.

Nawet dzisiejszy prąd nauki lekarskiéj, ogarniający wszystkich badaczy umysły, śledzenia za coraz liczniejszym zastępem oddzielnych drobnych ustrojów, których czynność chorobotwórcza w wielu narządach już stwierdzona, zapewne w przewodzie pokarmowym, a szczególnie w jelicie, nie może być poślednią, dotychczas nie przyczynił się do przywrócenia owéj gorliwéj atencyi, z jaką przodkowie nasi szafarza ustroju naszego czyścić lubili. Utrzymuje się jeszcze pomiędzy reprezentantami nauki opinija, że długotrwałe używanie leków rozwalniających z powodu utraty wody i soków trawiących upośledza trawienie, wyniszcza i wychudza, a zatem w zasadzie jest szkodliwem.

Natomiast publiczność nie dając się sprowadzić z tradycyjnego toru, nie przestaje, co prawda nieraz z własną dla zdrowia szkodą, w jak najszerszy sposób posiłkować się lekami wypróżniającemi, a jak zwykle nie tyle jawnemi, co tajnemi.

W interesie więc nauki i dobra ogółu godziwą jest rzeczą, kwestyję zastosowywania leków wypróżniających z uwzględnieniem osiągniętych a wyżéj przerzeczonych wyników doświadczalnych, ponownemu poddać rozbiorowi, abyśmy udzielając sobie wzajemnie zebrane z praktyki spostrzeżenia, doszli do porozumienia, co jako użyteczne zachować a co jako szkodliwe odrzucić należy.

Będąc wielkim zwolennikiem metody wypróżniającéj i znalazłszy sposobność w dwóch szpitalach przez przeszło 20 lat doświadczania kolejno i porównawczo wszystkich nieledwie w skarbcu leczniczym złożonych leków wypróżniających, pozwolę sobie wyniki spostrzeżeń swoich niniejszem w krótkości streścić.

Nasamprzód podzieliłbym leki wypróżniające na podstawie ich trybu i stopnia działania w następujący sposób:

1) środki fizyczne na drodze zwrotnéj działające, do których zaliczyłbym irygacyje jelita, chleb żarnowy, ziarna siemienia lnianego, gorczycy, figi, żwir (zimna woda na czczo pita);

2) środki rozcieńczające i rozmiękczające zawartość jelita, jakoto obfite ilości wody, jarzyny i owoce dużo wody i cukru zawierające, gliceryna, oleje tłuste, olejek rycynowy, który jednak raczéj do drastycznych leków zaliczony być winien;

3) leki solne jakoto: winiany, chlorki, siarczany sodu, magnu i potasu, wody mineralne z nich złożone, tudzież magnezyja palona;

4) leki drastyczne: *Ol. Ricini, Calomel, rad. Rhei, fol. Sennae, cortex Frangulae, Aloe, Jalapa, Podophylinum, Colocynthis, Gummigutti, Ol. Crotonis, Herb. Gratiolae, Euphorbium, Scammonium, Elaterinum, Rad. Hellebori nigri et albi, Nicotiana.*

W omawianiu zaś działalności zestawionych dopiero co działów trzymać się będę odwrotnego porządku, chcąc na samym końcu trochę szerzéj rozwieść się nad wprowadzonym przez mnie do środków wypróżniających żwirem.

Co do leków drastycznych codzienne doświadczenie nas uczy, że wprawdzie są najpewniejszemi w skutku i na nich jednych polegać można, gdzie zachodzi potrzeba szybkiego i dokładnego wypróżnienia jelita, poznawszy wszakże ich drażniące działanie na błonę śluzową jelita, zdolne prócz zwiększonéj wydzieliny wywołać wybroczyny a nawet wysięki zapalne, nie wolno nam z pomiędzy nich zastosowywać jak najłagodniejsze, do których zaliczyłbym: *Ol. Ricini, Rad. Rhei, Fol. Sennae, Aloe*; resztę zaś leków drastycznych zupełnie wykreśliłbym z skarbca leczniczego jako niewygodne albo wręcz szkodliwe. Nawet co do ostatnich trzech leków dopiero co wymienionych radziłbym używać tylko przetworów oczyszczonych z przymieszek żywicznych, któreto zwykły sprawiać bóle brzucha a przy dłuższém zastosowaniu niepożądane nawały krwi wywołują do narządów miednicowych, szczególniéj do odbytnicy, pęcherza moczowego, macicy a nawet nerek. Zachowałbym zatém tylko: *Fol. Sennae Sprt. Vin. extr., Inf. Rhei, Tr. Rhei aq., Extr. Rhei et Aloes aq.*, jakkolwiek i z nich obecnie rzadki robię użytek, oddając przed wszelkiemi innemi lekami pierwszeństwo olejkowi rycynowemu, jako najłagodniejszemu a zarazem najniezawodniejszemu z wszystkich środków wypróżniających. Olejek ten, łączący własność rozmiękczającą z pierwiastkiem drastycznym, pomnażającym się w miarę starości wytworu, jest według przekonania mojego idealnym lekiem wypróżniającym, działa bowiem szybko, pewno i względnie przyjemnie z najmniej dającym się uczuć podrażnieniem jelita; gdzie on zawiedzie, tam miejsca dla innego, silniejszego może leku być nie powinno. Powszechniejszemu jego zastosowaniu stoi wprawdzie wielce na przeszkodzie smak jego wstrętny i poniekąd ckliwość pozostająca jeszcze dłuższy czas po zażyciu. Pierwszéj niedogodności zaradza forma podawania w kapsułkach sprężystych, drugiéj podanie równoczesne dwuwęglanu sodowego albo magnezyi palonéj z dodatkiem olejku miętowego. Napotyka się wprawdzie pacyjentów, szczególnie między kobietami, usilnie opierających się przyjęciu olejku rycynowego, stanowczość wszakże lekarza w razie potrzeby przełamie ten opór, a gdy i to nie pomoże, łatwo mi podejść wybrednych mięszanką z olejku z dwiema częściami wody wapiennéj i kilku kroplami wody gorzkich migdałów, zacierającéj smak i woń olejku, wmawiając przytém w chorych, że to oléj migdałowy, a dla czytających recepty lekarskie zapisując olej rycynowy pod nazwą *Ol. Castoris*, któréj znaczenia każdy aptekarz łatwo się domyśli. (C. d. n.)

II. Z Zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze.

Przyczynek do nauki o żółtym przewlekłym zaniku wątroby.

Podał Dr. Andrzej Obrzut,
I. asystent tegoż Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Zaraz po wykonaniu sekcyi przeniosłem krew z wątrobowych naczyń z drobnemi cząstkami miąższu, jako też miazgę śledziony, do gelatyny peptonowéj i do agar-agar w celu otrzymania hodowli możliwego mikroorganizmu na płytach. Rezultat tego zabiegu okazał się zupełnie ujemnym. Również nie znalazłem żadnych mikrobów w szkiełkowych preparatach z krwi świeżego miąższu wątrobowego i miazgi śledziony. Poszukiwania w tym kierunku na skrawkach świeżéj i w wyskoku lub rozczynie Müllera stwardniałéj wątroby i innych trzew, zwłaszcza nerki i śledziony, nie doprowadziły mnie również do żadnego wyniku pomimo zastosowania wszystkich znanych dotąd metod i różnych ich odmian.

Pozostało mi zatém tylko dokładne zbadanie drobnowidowe wątroby i innych trzew i wyjaśnienie związku zmian histologicznych z obrazem makroskopowo-anatomicznym i objawami klinicznemi.

Wielka ilość preparatów wykonanych częścią z pozostałego miąższu wątrobowego (owych żółtawych wysp), częścią z istoty brunatno czerwonéj, częścią wreszcie preparatów, w których znajdowały się obie te istoty, wykazała mi następujące stosunki histologiczne: Istota żółta. Koło każdego zaniku wątrobowego lub przynajmniéj na większéj części jego obwodu znajdują się mniéj lub więcéj szerokie pasma młodéj tkanki łącznéj *(Keimgewebe, Rindfleisch)* zawierającéj nieznaczną tylko ilość włókien i komórek wrzecionowatych, za to mnóstwo komórek okrągłych (leukocytów). Te ostatnie leżą na niektórych miejscach tak gęsto obok siebie, że przypominają w zupełności ropnie. Ma to najczęściéj miejsce w otoczeniu naczyń, rzadziéj zdała od nich. W ogóle rozkład téj tkanki młodéj w istocie żółtéj jest tego rodzaju, że tkanka ta tworzy na pewnych miejscach, i to najczęściéj naokoło większych naczyń brzusznych, szerokie ogniska (aż do rozmiarów gronek), z których wychodzą gwiazdkowate wypustki wzdłuż rozgałęzień żyły bramnéj pomiędzy pojedyncze zraziki. Od tych drugorzędnych wypustek zapuszczają się na licznych miejscach trzeciorzędne gałązki do wnętrza zrazików. Wypustki téj młodéj tkanki łącznéj zapuszczające się do wnętrza zrazików i dzielące takowe na 2, 3 i więcéj części składają się przeważnie z komórek okrągłych, znajdują się jednak i liczne jądra wrzecionowate, z których część przynajmniéj należy do śródbłonków włosowatych. Oprócz tego i w samych zrazikach znajdują się gromadki tych komórek okrągławych, które jużto stoją w związku z owemi gałązkami przecinającemi zrazik od obwodu, jużto niezależnie od nich. To bujanie młodéj tkanki łącznéj rozpoczyna się niekiedy i od środka zrazika od żyłki środkowéj. Na około tego ostatniego naczynia znajdujemy wtedy mniejszy lub większy

naciek, z którego wychodzą na kształt promieni wypustki tegoż nacieku pomiędzy beleczki komórek wątrobowych. Wypustki te łączą się z temiż od przestworów międzyzrazikowych, lub kończą się w zraziku, mają kształt piramid z podstawą w żyłce środkowéj lub są wszędzie jednakiéj szerokości, a tylko grubieją niekiedy w pewnych ograniczonych miejscach. W skutek takiego rozkładu téj nowéj tkanki miąższ wątrobowy ulega podwójnéj segmentacyi jednozrazikowéj i pierścieniowéj o szerokich pasmach tkanki ziarnistéj a okalającéj pojedyncze zraziki i powtóre pojedyncze zraziki ulegają również podziałowi przez drugorzędne gałązki wychodzące z przestworów bramnych a rzadziéj od żyłki środkowéj. Wysepki miąższu wątrobowego w skutek tego bujania młodéj tkanki odpowiadają zmniejszonym zrazikom, jeżli bujanie było tylko międzyzrazikowe. Jeżli zaś bujanie to, co jest najczęstszém zjawiskiem, drąży i w głąb gronek, to te ostatnie rozbite są na kilka i kilkanaście wysepek złożonych z beleczek wątrobowych. Wysepki te są różnéj wielkości. W samych drogach bramnych składają się one z kiku tylko komórek wątrobowych rzędem lub w okrągławych grupach obok siebie ułożonych. Beleczki wątrobowe tylko w środku większych resztek zrazikowych mają układ komórek zbliżony do prawidła, jak to widać z przebiegu naczyń włosowatych, który odpowiada mniéj lub więcéj płaszczyźnie przekroju przez zrazik. Na obwodzie zaś większych resztek zrazikowych i w całości na mniejszych odcinkach zrazika układ komórek wątrobowych już w niczém nie przypomina stosunków prawidłowych, komórki leżą tu luźnie lub w nieregularnych szeregach. Kształt samych komórek tylko w środkowych częściach jest niezmieniony, dokładnie widać ich zarysy wieloboczne, przebieg naczyń włosowatych krwionośnych i żółciowych. Ku obwodowi powoli zjawiają się komórki kształtów nieregularnych, a na samym obwodzie obok nielicznych całych komórek znajdujemy już tylko cząstki ich mniejsze lub większe wśród mas molekularnie rozpadłych. Co do przemian wstecznych komórek wątrobowych, to rzadko spotkać można zrazik, w którymby wszystkie komórki okazywały zwyrodnienie tłuszczowe, zwykle tylko komórki na obwodzie, a z małych resztek zrazikowych także nie wszystkie zawierają kulki tłuszczowe. Zmiany wsteczne zatém znajdują się w najbliższém sąsiedztwie młodéj tkanki, tj. na obwodzie zrazików lub na komórkach od całości zrazików odsznurowanych przez młodą tkankę.

Przypatrzmy się jeszcze bliżéj przestworom międzyzrazikowym. Ściany większych gałęzi żyły bramnéj są znacznie zgrubiałe, zwłaszcza dodatkowa, naciekłe okrągłemi komórkami. Naciek ten w bł. dodatkowéj i najbliższém jéj otoczeniu jest tak gęsty, że zakrywa na licznych miejscach budowę. Z nacieku tego, jeżli tuż obok leży zrazik, ciągną się liczne wypustki do takowego rozpychając wszystkie beleczki wątrobowe lub tylko dzieląc zrazik na kilka części, jeżli tylko wzdłuż niektórych dróg włosowatych naciek ten wchodzi do zrazika. Na innych miejscach naciek drobnokomórkowy w saméj bł. dodatkowéj jest nieznaczny, natomiast koło naczynia przebiegają liczne pierścienie włókniste zbitéj tkanki łącznéj z nielicznemi jądrami wrzecionowatemi, a dalej dopiero znajduje się ów gęsty naciek drobnokomórkowy. Ale i otoczenie przewodów żółciowych międzyzrazikowych jest włóknisto przemienione, ściany ich zgrubiałe z licznemi jądrami wrzecionowatemi obrzmiałemi, a okrągłemi ku obwodowi. Na przekrojach poprzecznych kanałów bramnych znajdujemy naczynia bramne otoczone grubym pierścieniem łącznotkankowym, który się łączy z drugim, względnie bardzo grubym okalającym przewód żółciowy. Tętnica często ściśnięta, zwykle jednak światło jéj jest wolném a w ścianach jéj zmiany proliferacyjne daleko mniéj wydatne.

Zmiany te towarzyszą aż najdrobniejszym gałązkom żyły bramnéj, a nie ustają i w naczyniach włosowatych, w których jako dalszy ciąg tych zmian uważać należy obrzmienie śródbłonków i większą ilość ciałek białych.

Liczne kanaliki żółciowe okazują bujną proliferacyję i łuszczenie się przybłonka, które wypełniają niekiedy całe światło kanalika.

W rozszerzonych przestworach międzyzrazikowych znajdują się daléj liczne naczynia włosowate ogromnie porozszerzane, które, jak to z ich umiejscowienia wnosić można, nie są niczém innéem jak naczyniami śródzrazikowemi, a które pozostały po zaniku obwodowych części zrazików.

Dalszym uderzającym składnikiem owych rozszerzonych dróg międzyzrazikowych są bardzo liczne rzekome kanaliki poskręcane lub łukowato lub prosto przebiegające, dzielące się czasem widełkowato, twory, które są tak częstém zjawiskiem w różnych sprawach przewlekłych wątroby. Twory te okazują często delikatną oslonkę, złożoną z skąpych delikatnych włókienek lub bez struktury z nielicznemi obrzmiałemi endoteliami. Same zaś składają się z epiteliów o wielkich jądrach zwykle owalnych ostro konturowanych. Pierwoszcze tych przybłonków jest dosyć obfite. Liczba tych komórek w kanalikach w pewnym danym przekroju jest różną. Zwykle znajduje się po 2—3 przybłonki obok siebie rzadziéj więcéj, często szereg tylko pojedynczych komórek *bout à bout* ułożonych. Rozmiary tych pseudokanalików nie są wszędzie jednakowe, często kończą się one kolbkowatém rozszerzeniem, lub takowe znajduje się wśród jego przebiegu. W tych kolbkowatych rozszerzeniach komórki mają często kształt wieloboczny, a ułożeniem swém żywo przypominają komórki wątrobowe. W węższych miejscach kanalików komórki te (nie ich jądra) są mniejsze, gdzieniegdzie tylko wieloboczne, zwykle pierwoszcze ich podobnie jak jądro jest owalne. Światło tylko rzadko i to w sposób bardzo niewyraźny zamarkowane możnaby upatrywać w pewném oddaleniu od siebie jąder po dwa obok siebie ułożonych. Gdzieniegdzie w pierwoszczu znajdują się 2, 3 i więcéj kulek tłuszczowych okalających jądro, zwykle jednakże w komórkach tych nie znajdujemy żadnych objawów przemian wstecznych. Prawdziwe kanaliki żółciowe międzyzrazikowe łatwo odróżnić od tych pseudokanalików. Przybłonki w tych pierwszych okazują pewien system w ułożeniu, jądra ich są mniejsze niż w ostatnich, zwykle okrągławe lub okrągłe i silniéj się barwią. W preparatach zabarwionych gencyjaną lub jaką inną barwą anilinową niebieską i następnie eozynem, znajdowałem, zwłaszcza gdy eozyn nieco dłużéj działał, tak pierwoszcze wszystkich komórek wątrobowych i tych pseudokanalików jako też i jądra tych elementów zabarwione rozczynem, barwę niebieską zaś zatrzymywały tylko jąderka. Inaczej rzecz się ma z przybłonkami prawdziwych kanalików. W tych ostatnich jądra w całości podobnie jak i komórki okrągłe zabarwiały się w całości pierwszą barwą niebieską.

Obok tych składników przestworów międzyzrazikowych i w szerszych pasmach nacieku śródzrazikowego znajdują się na granicy zrazików owe pojedyncze komórki wątrobowe lub ich gromadki od całości odsznurowane. Często te resztki zrazików przyjmują barwy lepiéj niż komórki zostające jeszcze w związku bezpośrednim z całością zraziku. — Jako

przedłużenie takiéj gromadki odsznurowanych komórek uważać można pseudokanalik, a granica między niemi nie da się oznaczyć.

Że i drobniejsze gałązki żył wątrobowych uledz musiały zmianom zapalnym, które sprowadziły ograniczone zwężenia ich światła, wnosić można na pewno z téj okoliczności, że na niektórych żyłkach śródzrazikowych i na promienistych naczyniach włosowatych z niéj wychodzących znajdują się zmiany odpowiadające wątrobie t. zw. muszkatowéj. Ponieważ objaw ten znajduje się tylko na niektórych zrazikach, wnoszę ztąd o jakiejś *endophlebitis obliterans* w saméj żyłce środkowéj, mianowicie u podstawy dotyczącego zraziku lub téż w *vena sublobularis* (Hering).

Przechodząc do opisu mikroskopowego istoty t. zw. czerwonéj, czyli owych miejsc zapadłych pod powierzchnię brunatno-czerwonawych, o których jest mowa w protokóle sekcyjnym, wspomnieć muszę, że już owe tak znacznie rozszerzone przestwory międzyzrazikowe uważać należy za t. zw. istotę czerwoną. Przestwory te tak makroskopowo jak i przy badaniu mikroskopowém przedstawiają się jako dalszy ciąg istoty czerwonéj, która bez żadnéj granicy w postaci wypustek wnika w przestwory międzyzrazikowe zachowanego miąższu wątrobowego. Różnice i to nieznaczne występują dopiero w pewném oddaleniu od istoty żółtéj i w krótkości o nich wspomnę. W częściach granicznych istoty czerwonéj znajdują się jeszcze liczne większe i mniejsze resztki zrazików, które niczém się nie różnią od tychże w przestworach międzyzrazikowych wyżéj opisanych. Istota czerwona składa się z delikatnych włókienek tkanki łącznéj jako pozostałości po zanikłym miąższu wątrobowym i komórek okrągłych w znacznéj ilości, wreszcie z komórek wrzecionowatych mniéj lub więcéj licznych. To podścielisko łączno tkankowe z delikatnych włókienek złożone tworzy w miejscach mniéj naciekłych delikatną siatkę, w oczkach któréj znajdują się nagromadzone ciałka krwi czerwone, w innych zaś daleko mniéj licznych resztki komórek wątrobowych. Pierwsze sąto naczynia wlosowate zanikłych zrazików, ostatnie zaś przedstawiają mieszki komórek wątrobowych w znaczeniu E. Wagnera. Te pozostałe komórki wątrobowe, podobnie jak to miało miejsce w przestworach międzyzrazikowych istoty żółtéj, ułożone są zwykle po 2—3 czasem więcéj w przestworach okrągławych nieregularnych lub wydłużonych. Niektóre z nich zawierają tłuszcz w postaci kulek otaczających jądra, inne mają wejrzenie prawidłowe, a często zawierają po 2 i 3 jądra. Często gromadka takich komórek łączy się bezpośrednio z pseudokanalikami, które w téj istocie są nadzwyczaj liczne. Komórki okrągłe i wrzecionowate wypełniają resztę wolnych przestworów. Stosunki ilościowe i topograficzne tych elementów stanowią o różnicach, jakie w istocie czerwonéj znajdujemy.

Tkanka łączna między owemi gromadkami komórek wątrobowych i pseudokanalikami jest naciekła komórkami okrągłemi, najgęstsze jednak nacieki znajdujemy w otoczeniu zgrubiałych naczyń krwionośnych i kanalików żółciowych. Takie gęste nacieki znajdują się także niezależnie od naczyń. Oneto w niektórych miejscach zupełnie zakrywają budowę, przypominają tém ropnie, nie są one jednak nigdy ostro odgraniczone od otoczenia, lecz przechodzą nieznacznie w takowe.

Na innych wreszcie miejscach i to na szersze przestrzenie w płacie lewym znajdują się wyraźne objawy organizacyjne téj młodéj tkanki łącznéj, mniéj komórek limfoidalnych, więcéj natomiast komórek wrzecionowatych (fibroblastów) i więcéj włókien łącznotkankowych, które w postaci wielorakich pierścieni otaczają naczynia i kanaliki żółciowe prawdziwe, lub téż owe szeregi komórek zwane pseudokanalikami, lub téż wreszcie jako faliste pęczki przebiegają w najrozmaitszych kierunkach. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Aufrecht: **Zachowanie się kłębków Malpighiego w ostrém i przewlekłém zapaleniu nerek.**

W przewlekłém zapaleniu nerek sprawa chorobowa zaczyna się od schorzenia komórek ciałek Malpighiego, powoli przechodzi na osłonkę samą i na przybłonki kanalików krętych, wreszcie na same kanaliki, w ostrém zaś zapaleniu schorzenie odrazu zajmuje komórki przybłonkowe kłębków, jakotéż i kanalików, tak że równocześnie sprawa toczy się w tych dwóch histologicznie różnych istotach nerkowych. Temu odmiennemu zachowaniu się anatomicznemu odpowiadają i kliniczne objawy. Przewlekłe zapalenie nerek nie rozpoczyna się od wydzielania białka. Może choroba trwać i rok, czasem i dłużéj, nim się pokaże białko w moczu. Autor znajdował nieraz przy sekcyjach osób zmarłych z innéj choroby przewlekłe zapalenie nerek tak makroskopowo jak i pod drobnowidem stwierdzone, pomimo że za życia białka w moczu nie było. Kliniczne spostrzeżenia potwierdzają te fakty. Autor obserwował wiele przypadków, w których z innych objawów rozpoznawał przewlekłe zapalenie nerek, a białko pomimo 2-tygodniowych poszukiwań dopiero w pół roku lub w rok pojawialo się w moczu. Jeżeli przewlekłe zapalenie nerek w swoich początkach daje się rozpoznać, to z objawów, téj choroby wprawdzie nie zupełnie cechujących, mielibyśmy napadami występujące bóle głowy z wymiotami lub bez nich, napady bicia serca, napady ciężkiéj dusznicy lub tylko nieznaczne napady dusznicy, potém zaś dołącza się przerost serca, który już w tym razie występuje, kiedy jeszcze białka nie ma. W niektórych przypadkach mamy zapalenie siatkówki bardzo wcześnie, a dopiero w jakiś czas późniéj białko pokazuje się w moczu. W jednym przypadku wystąpił obrzęk nieznaczny w okolicy szczęki dolnéj, górnéj części szyi i duszność. Objawy te trwały przez 3 dni i przeszły, a białka ani podczas tego ani potém nie było, chociaż badania odbywały się co 2 tygodnie. Dopiero po 2 miesiącach znalazł A. rozszerzenie granic serca, a po 8 miesiącach białko w moczu. Śmierć nastąpiła w rok śród puchliny brzusznéj i podskórnéj. Zestawiając anatomiczne badania z przebiegiem klinicznym widzimy, że białko w moczu dopiero wówczas pojawia się, gdy sprawa chorobowa przeszła z kłębków na kanaliki kręte, co zwykle nastaje dopiero po pewnym przeciągu czasu. Dopóki więc sprawa toczy się w kłębkach Malpighiego, dopóty białka nie mamy. Jeżeli zaś zostały zajęte kanaliki moczowe, wtedy i białko się zjawia, a od ilości zajętych tą sprawą kanalików zależy i ilość białka w moczu, tak że przy zajęciu wszystkich kanalików mamy bardzo wielką ilość białka i wtedy ten okres zapalenia przewlekłego nie różni się już niczém od ostrego zapalenia nerek. Z tego wynika, że zachodzi ścisły związek między wydzielaniem białka a schorzeniem komórek wyścielających kanaliki. Przyjmując to tłumaczenie łatwo zrozumiemy wahanie się w ilości białka, jakie zdarza się w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek. O ile wydzielanie się białka jest wywołane przejściem sprawy chorobowéj z kłębków na kanaliki, o tyle też i pu-

chlina brzuszna, podskórna i piersiowa tylko zajęciu już kanalików zawdzięcza swoje powstanie. W ostrém zaś zapaleniu mamy odrazu puchlinę brzuszną i podskórną, ponieważ od początku samego zajęte są kanaliki. Co do wałeczków, to w przewlekłém zapaleniu obok znacznéj ilości białka mamy skąpe wałeczki i więcéj szklistych niż w ostrém zapaleniu. To odmienne zachowanie się wtedy daje się nam wytłumaczyć, jeżeli będziemy uważać wałeczki nie jako wytwór białka przesączonego z krwi, lecz jako wydzielinę komórek przybłonkowych. Gdyby wałeczki pochodziły z krwi, w takim razie pewnéj ilości białka odpowiadałaby pewna ilość wałeczków, a właśnie w przewlekłém zapaleniu mamy często niestosunek, który da się nam wtedy wytłumaczyć, jeżeli przypuścimy, że białko pochodzi z krwi, a wałeczki z komórek przybłonkowych.

Postać krwotokową zapalenia nerek uważa A. jako rozlane zapalenie nerek, które przyłączyło się do przewlekłego zapalenia i dla tego objawy mamy podobne do ostrego zapalenia nerki: puchlina brzuszna, piersiowa, osierdziowa, ilość moczu zmniejszona, mocz krwawy zawiera bardzo wiele białka. Ciężar gatunkowy zwykle mniejszy niż w ostrém zapaleniu i mała ilość wałeczków, które są przeważnie szkliste. Głównym objawem rozróżniającym zapalenie ostre nerek od przewlekłego zapalenia krwotokowego jest, że w tém ostatniém mamy zawsze przerost serca, jako dowód, że zapalenie krwotokowe przyłączyło się do przewlekłego zapalenia, które przerost serca sprowadziło. Zapalenie błonicowe nerek uważa autor za odmianę tylko przewlekłego zapalenia nerek (*Glomerulonephritis* według Klebsa) i twierdzi, że schorzenie kłębków rozpoczyna się już podczas osutki a w krótkim bardzo czasie przechodzi z kłębków na kanaliki moczowe i dla tego w okresie łuszczenia się występują opuchliny i białko w moczu krwawym. Thomas już w początkach płonicy znajdował osobny rodzaj wałeczków, tak zw. cylindroidy, które świadczą, że już w tym czasie zajęte są nerki. W ostrém miąższowém zapaleniu nerek zajęte są przybłonki kłębków i kanalików moczowych równocześnie. Jeżeli zaś choroba trwa dłużéj, wtedy obrzmiewają jądra naczyń włosowatych kłębka, komórki torebki i komórki istoty międzykanalikowéj. Od początku mamy białko w moczu, który jest wysycony, mętny, czerwono lub brunatno zabarwiony i zawiera liczne wałeczki ziarniste, ciałka białe i niewiele czerwonych. Równocześnie występuje puchlina podskórna i wysięki do jam: płucnéj, sercowéj i brzusznéj. Po kilku tygodniach mocz staje się jaśniejszym, ilość jego zwiększa się a białko się zmniejsza. Po 6 tygodniach może nastąpić wyzdrowienie lub też białko w moczu pozostaje a znikają opuchliny. Ale nawet po kilku miesiącach może nastąpić zupełne wyzdrowienie, będzie ono jednak bardzo wątpliwe, jeżeli choroba trwa dłużéj niż pół roku. W przewlekłém zapaleniu nerek (*Glomerulonephritis*) rozpoczyna się choroba od kłębków. Najpierw ulega schorzeniu przybłonek kłębków i osłonki, potém obrzmiewają jądra naczyń włosowatych i komórki osłonki kłębków, a potém przechodzi sprawa chorobowa na kanaliki kręte i na ich istotę międzykomórkową. Dopóki choroba ogranicza się tylko do kłębków, dopóty mocz nie wykazuje nic charakterystycznego. Z ogólnych objawów mamy od czasu do czasu występującą duszność, ból głowy, nieżyt oskrzeli, niedokrewność i w końcu przerost serca. Ilość moczu może być już wtedy zwiększona, kiedy jeszcze białka nie ma w moczu. Jeżeli choroba posuwa się daléj i na kanaliki moczowe, to mamy wówczas i większą ilość białka i opuchliny, a ten okres przewlekłego zapalenia nerek odpowiada początkowemu ostremu zapaleniu miąższowemu nerek i dla tego też mamy w tym razie też same objawy co i w ostrém zapaleniu. Jeżeli zaś w przewlekłém zapaleniu nerek dołącza się ostro występujące zajęcie kanalików moczowych, czyli postać zapalenia krwotokowego, to mamy znowu objawy ostrego zapalenia, z tą jednak różnicą, że znajdujemy wówczas przerost serca, który wskazuje, że już poprzednio było przewlekłe zapalenie nerek i do niego dołączyło się zapalenie ostre krwotoczne. (*Berlin. klin. Wochen.*, 1886, Nr. 1).

Dr. J. Surzycki.

Priestley Smith: **Zapobieganie zapaleniu błon mózgowych po wyłuszczeniu gałki ocznéj.**

Autor podaje kilka przypadków śmierci po wyłuszczeniu oka i sądzi, że liczba ich okazałaby się większą, gdyby wszystkie podawano do wiadomości. Celem uniknięcia zakażenia gnilnego, które jest przyczyną zapalenia błon mózgowych, radzi autor wstrzykiwać do oczodołu słaby rozczyn kwasu fenilowego i posypywać pole operacyjne jodoformem po zatamowaniu krwawienia. (*Ophthalmic Review*, 1885, str. 39). *Dr. Rydel.*

Deutschmann: **O ropném zapaleniu błon mózgowych po wyłuszczeniu gałki ocznéj.**

W piśmiennictwie znajduje się 24 przypadków zapalenia błon mózgowych po wyłuszczeniu gałki ocznéj, a autor wie jeszcze o dwóch nieogłoszonych. Zdaje się, że większa szczerość lekarzy zwiększyłaby znacznie tę liczbę. Z tych 26 przypadków tylko 4 nie zakończyły się śmiercią. D. rozbiera szczegółowo te 26 przypadków celem wyszukania właściwości, które wytłumaczyćby mogły tak nieszczęśliwy wynik operacyi. W 10 z tych 26 przypadków sekcyja wykazała ropne zapalenie błon mózgowych. W 12 innych, które się śmiercią zakończyły, przemawiały za niém objawy kliniczne tak samo jak w 4ch pozostałych, które się wyzdrowieniem zakończyły. Nie ma również w większości przypadków żadnéj wątpliwości, że zapalenie błon mózgowych było bezpośredniém następstwem wyłuszczenia oka. Zdaniem D., przyczyną zapalenia błon mózgowych jest zakażenie rany operacyjnéj. Oczy wyłuszczone były w 8 przypadkach uszkodzone i zakażone. W 5 przypadkach wykonano poprzednio operacyje na oczach, pięć innych były bolesne i znajdowały się w stanie zaniku. W niektórych z tych przypadków uszkodzono oko podczas wyłuszczania, tak iż jego treść zakaźna mogła zanieczyścić ranę. Zakażenie rany nastąpić może zresztą późniéj przez opatrunek lub ręce lekarza. W wielu z tych przypadków nie śledzono dość starannie drogi, którą sprawa gnilna dostać się mogła do mózgu. Droga ta może być zresztą rozmaita. W kilku przypadkach były nią niewątpliwie żyły oczodołowe, w trzech lub czterech innych nerw wzrokowy i jego pochwy, a w przypadku Lebera, jak się zdaje, pochewka nerwu odwodzącego. Celem zapobieżenia tak nieszczęśliwemu zdarzeniu zaleca D. stosowanie wszelkich ostrożności przeciwgnilnych, zalecanych przez nowszą chirurgiję a w szczególności unikanie zakażenia od gałki ocznéj podczas jéj wyłuszczania. Spojenie brzegów rany spojówkowéj zmniejszy niebezpieczeństwo zakażenia po operacyi. (*Graefe's Arch. f. Ophth.*, XXXI, 4). *Dr. Rydel.*

Crauford Renton: **O stosowaniu termokauteru w leczeniu wrzodów rogówki pełzających.**

Autor zaleca bardzo termokauter, który działa doskonale, jeżeli wrzód jest pochodzenia urazowego a zebranie ropy w komórce nieznaczne. Jeżeli zebranie ropy zajmuje jednę

trzecią komórki przodkowéj, należy przekłóć rogówkę a równocześnie zastosować termokauter. Wypalenie powierzchowne jest zbawienniejsze od głębokiego, wystarcza ono do powstrzymania sprawy chorobowéj a należy je stosować jak najwcześniéj. (*Ophthalmic Review*, 1885, str. 353). *Dr. Rydel.*

Brouardel i Pouchet: **Otrucie oseska mlekiem matki, która zażywała przetwór arsenowy.**

Uwagi godny przypadek opisują B. i P. pod powyższym tytułem w XIV tomie *Annales d'Hygiène publ.* Kobiecie karmiącéj dziecko podał mąż w zamiarze skrytobójczym kilkakrotnie mniejsze dawki arszeniku. W skutek tego zapadała ona kilkakroć na biegunkę i wymioty a dziecko karmione zmarło wśród podobnych objawów. Dochodzenie sądowe rozpoczęto jednak dopiero wtedy, gdy choroba kobiety powtarzała się po śmierci dziecka jeszcze kilkakrotnie i gdy w kieszeniach jéj męża znaleziono przetwór rozpoznany później jako arszenik biały. Po upływie 1 i $^3/_4$ roku ekshumowano tedy zwłoki dziecka i wykryto w nich 5 mgr. arsenu. Celem przekonania się, czy arsen dostaje się do mleka osób karmiących i w jakiéj ilości, podawano położnicom rozczyn Fowlera po 2 do 12 kropel przez kilka dni z rzędu, jednak ani karmiące ani oseski nie doznawały przypadów otrucia arsenem. W mleku osoby karmiącéj można było jednak zawsze wykazać ślady arsenu, a w przypadku, w którym podawano przez 6 dni po 12 kropel rozczynu, wykazano w mleku ilość arsenu odpowiadającą jednemu miligramowi na 100 gramów mleka. Jasném jest przeto, że osesek, który się takiém mlekiem żywi, może doznać przypadów otrucia. Tarnier i Chantreuil obliczyli, że osesek może w tych warunkach spożyć około 6 mgr., a ilość ta jeżeli nie zadziała śmiertelnie, może w każdym razie sprowadzić groźne przypady.

Rezultaty swoich dochodzeń ujęli znawcy w następujących zdaniach: 1) Zwłoki wspomnianego dziecka zawierały arsen. 2) Ilość tegoż była nieco większą niż 3 mgr. 3) Arsen dostał się do organizmu jeszcze za życia dziecka, gdyż ani ziemia cmentarna ani ubranie zwłok nie zawierały ani śladu arsenu. 4) Ilość 3 mgr. jest względnie wielką w stosunku do wagi ciała dziecka a w każdym razie dostateczną do sprowadzenia zejścia śmiertelnego. 5) Arsen dostał się do organizmu dziecka za pośrednictwem mleka matki karmiącéj.

Badając sześciomiesięczny płód osoby, która zmarła z gruźlicy płuc w kilka godzin po poronieniu, a na 5 dni przed śmiercią zażywała po 4 mgr. arseniauu sodowego dziennie, nie zdołał Brouardel wykryć arsenu. W końcu podają autorowie rezultaty otrzymane wśród doświadczeń z podawaniem przetworów arsenowych zwierzętom karmiącym. U świń był rezultat badania ujemny, u kilku królików można było wykryć wyraźne ślady arsenu w kościach i mięśniach. Dwoje szczeniąt suki, któréj podawano rozczyn Fowlera aż do 60 kropel, zapadło na biegunkę a jedno na wymioty, w skutek których zdechło. Badanie wykazało u tego szczenięcia wyraźne ślady arsenu w żołądku i tkankach a mianowicie w wątrobie i tkance nerwowéj. Kości chrząstki i skóra nie zawierały arsenu. *Dr. Schaitter.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IX zwyczajne naukowe posiedzenie d. 7 listopada 1885 r.

Obecni: Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 27.

Kol. Przewodniczący zwraca uwagę Kolegów na pismo lekarskie wychodzące w Warszawie pod tytułem „Zdrowie" i zachęca do prenumerowania, nadmieniając, że prenumeratę najdogodniéj jest przesłać do księgarni Gebethnera i Spółki w Krakowie lub złożyć na ręce Przewodniczącego.

1) Kol. Krówczyński przedstawia chorego, dotkniętego chorobą zwaną *Lichen exsudativus ruber.* Przypadek ten przedstawia dla tego, że jest z wielu względów nader rzadkim i ciekawym. Przedewszystkiém ciekawą jest etyjologija jego. Chory bowiem został pokąsany przez psa, i według mniemania swego w skutek tego zachorował na obecną wysypkę skórną. Wysypka wystąpiła równocześnie na skórze i na błonach śluzowych i to w różnych okresach równocześnie, co jest istotnie nader rzadką rzeczą, bo dotąd w literaturze znanych jest tylko kilka przypadków podobnych. Jak widać są na skórze i bł. śluzowych plamki barwikowe, grudki i łuski obok siebie. Grudki podobne są nieco do grudek w *psoriasis.* Cechuje tę wysypkę brak niesztowic, są tylko grudki, a na błonie śluzowéj białawe rozsiane pryszczyki.

2) Kol. Edw. Sawicki przedstawia dwie chore:

a) Paraplegia sinistra. Chora 18 lat licząca, przybyła na oddział 3ci tut. szpitala powsz. dnia 1 września rb. Według jéj podania, nie chorowała ona poprzednio przynajmniéj obłożnie. Dopiero z końcem czerwca lub początkiem lipca rb. straciła, jak twierdzi, nagle władzę w odnogach dolnych, tak, że wprawdzie mozolnie stać, lecz kroczyć już wcale nie mogła. Badanie wykazało budowę nieprawidłową, bo skrzywienie w garb stosu kręgowego, szarą barwę skóry, miernie niedokrewne błony śluzowe jamy ustnéj, warg itd., skąpą podściółkę tłuszczową, dosyć jędrne lecz delikatne mięśnie. Ze strony mózgu, zmysłów i nerwów mózgowych żadnych zboczeń, ruchy mimiczne, daléj ruchy gałek ocznych, odnóg górnych i klatki piersiowéj prawidłowe. Badanie fizyczne nie odkryło téż nic nieprawidłowego ani w płucach ani w sercu ani téż w narządach brzusznych, tkliwości jam biodrowych nie ma. Wszystkie odruchy organiczne prawidłowe, czucie wszędzie prawidłowe, stos kręgowy opukany i uciskany nie wykazuje nigdzie bolesności; potów, gorączki, bicia serca, blednienia i czerwienienia twarzy, odbijania, ciśnienia na gardło itp. objawów nie ma. Natomiast odnogi dolne wyprężone, sztywne w addukcyi ud i ekstenzyi stóp ułożone. Zginanie czynne i bierne ani w stawie biodrowym, ani skokowym absolutnie niemożliwe. Pobudliwość odruchowa ścięgien i mięśni bardzo podniecona. Choréj nie można posadzić w łóżku, tylko z największém wysileniem i to niedokładnie. Gdy się chorą ustawi na podłodze, drży cała i podskakuje i sama ani kroku zrobić nie jest w stanie: przy pomocy zaś bardzo mozolnie, niedostatecznie i z powłoczeniem odnogi lewéj o krok się posunie, ale i wtedy piętami podłogi nie dotyka.

b) Paralysis progressiva oculomotorii utriusque, facialis, trigemini et recurrentis Willisii. N. N. 35 lat licząca, przybyła na oddział d. 8 sierpnia b. r. z podaniem, że od tygodnia powieki oka prawego podnieść, a więc oka prawego otworzyć nie może. Badanie wykazuje miernie silną budowę ciała, dobry stan odżywienia, nie wykazuje zaś żadnych zmian narządów wewnętrznych. Powieka górna oka prawego zapuszczona na gałkę oczną nieruchoma na wpływ woli. Na témże oku źrenica stale rozszerzona, nierówna, o brzegach zagiętych w kilku punktach. Oko nieruchome ku wewnątrz i ku dołowi. Chora kaszle sucho, napadami, choć zmian w płucach nie ma żadnych. Elektryzowanie stosowane w samym początku nie przyniosło żadnych korzyści. Podawano daléj *Acidum salic.* i *Natr. salic.* Następnie zalecono wcierania szaruchy 4·00 dziennie; po czternastu wcieraniach skutku żadnego nie osiągnięto a nawet przeciwnie wkrótce, bo już dnia 19 września b. r., wystąpiło porażenie powieki górnéj jakotéż mięśni gałki oka lewego. Nadto wykazało badanie, że język zbacza cokolwiek na lewo, że chora cierpi podmiotowe ściąganie około ust i uskarża się na tępy rozlany ból głowy jakotéż szum w uszach. Wyraz twarzy znika. Ruchy mimiczne gasną, czucie po prawéj stronie twarzy tępieje. Występują daléj trudności przy połykaniu i chora zakrztusza się często; kaszle daléj napadami bez żadnéj plwociny. Nad obojczykami okazują się powiększone gruczoły a nad szczytami płuc bardzo ograniczone miejsce nieoznaczonego oddechu. Skóra na twarzy twardnieje i wygładza się. Sztywność karku pojawia się, jednak bez oporu. Mięsień potakujący prawy wcale nie oddziaływa na oba prądy; inne mięśnie okazują dla stałego prądu oddziaływanie słabe i zwyrodnione. Wszystkie te objawy

występują w ogóle dosyć szybko, bo w przeciągu niespełna jednego miesiąca. W celach leczniczych ponowiono jeszcze raz wcierania szaruchy, podawano przez dłuższy czas jod w dawkach postępujących, lecz bezskutecznie. Z desperacyi chwycono się kwasu karbolowego, a mianowicie $^1/_2$ % rozczynu glicerynowego 3 łyżki dziennie, a to polegając na doświadczeniu raz uczynionêm na chorym.

Dyskusyję nad przedstawionemi choremi odkłada kol. Przewodniczący do przyszłego posiedzenia, otwiera zaś takową co do przypadków przedstawionych na przeszłêm posiedzeniu przez koll. Ziembickiego i Schattauera.

a) Do przypadku aktynomykozy przedstawionego przez kol. Ziembickiego zabiera głos kol. Wiktor i przytacza ważny przypadek ogłoszony przez Soltmanna (w *Breslauer ärztl. Zeitschr.* 1885 3.), mogący się przyczynić do wykrycia przyczyny aktynomykozy i bliższego zbadania grzybka, chorobę tę wywołującego. Soltmann opisuje aktynomykozę u chłopca 11 letniego, który rwąc morwy na cmentarzu przez nieuwagę z jagodami połknął kłos z *Hordeum murinum* (*Mäusegerste*). Wkrótce potêm wystąpiły gwałtowne bóle pod mostkiem, które się wzmagały i coraz więcéj ku grzbietowi się rozpromieniały, a nareszcie umiejscowiły się na prawo od kręgosłupa w 6 międzyżebrzu i tamże utworzył się czyrak, po przecięciu którego pokazała się część owego kłosa, niegdyś połkniętego z morwami. To samo powtórzyło się za kilka dni; ponieważ bóle mimo to nie ustawały i powstawały coraz nowe ogniska ropne, przywieziono chłopca do szpitala, i tu dopiero stwierdzono w ropie już istniejących i nowo powstających ognisk obecność grzybka promienistego. Połknięcie owego kłosa, wędrówkę tegoż po ciele jakotêż wystąpienie grzybicy promienistéj (promienicy) łączy Soltmann w jeden związek; nadto wywodzi ztąd, że w tym przypadku nie jak zwykle na szczękach i dziąsłach wystąpiła choroba, lecz tak jak w tych przypadkach, gdy wprost występuje w płucach, kiszkach itp. gdzie się grzybek wprost dostanie. Ze względu na powstanie choroby w przypadku Soltmanna może uda się w przyszłości rozwój grzybka zewnątrz ciała zwierzęcego spostrzedz i wybadać. — Kol. Seifmann ze względu na wzmiankę kol. Z., że chora przedstawiona miewała styczność z bydłem rogatêm, zwraca uwagę, że właśnie od krów mogło nastąpić zarażenie, bo zwierzęta te często bywają dotknięte promienicą, zajmującą u nich również najczęściéj kości szczękowe. Ponieważ w przypadku tym zakażenie się chorej nie może stać w żadnym związku z wąglikiem, o którym kol. Z. wspomniał, że miały być nim krowy dotknięte, przeto kol. S. sądzi, że może guzy uważane za wąglikowe, były właśnie wywołane przez grzybek promienisty, i że się nim chora od krów zaraziła. (Dok. n.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 3 lutego 1886 r.

Przewodniczący kol. wiceprezes Mikulicz. Członków obecnych 21.

1. Kol. W. A. Gluziński uczynił wniosek następującéj treści: „Tow. lek. krak. wybierze Komisyję, któraby się zastanowiła, o ile jest możliwêm bez szkody dla chorych i nauki ograniczenie sprowadzania z Prus narzędzi, leków, wód mineralnych itp. oraz podała sposoby zapobiegające jednostronnym wpływom nauki niemieckiéj". W dyskusyi zabierali głos koll. Pieniążek, Jaworski i Korczyński. Zgodzono się jednomyślnie zaprosić do Komisyi przedstawicieli poszczególnych działów nauki lekarskiéj, mianowicie koll. Blumenstoka, Jaworskiego, Korczyńskiego, Łazarskiego, Obalińskiego, Ściborowskiego i wnioskodawcę, z prawem uzupełnienia się i przedłożenia swych wniosków na jednêm z najbliższych posiedzeń Tow. lek.

2. Kol. A. W. Gluziński wygłosił rzecz „o zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych" według doświadczeń wykonanych przez śp. kol. Wolframa. Z przyczyny spóźnionéj pory dyskusyję nad tym przedmiotem odłożono do następnego posiedzenia. *Dr. Dobruchowski.*

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Tak jak prąd północny skupia „Sammyal" całą swą siłę w tutejszych górskich dolinach i wreszcie u podnóży pasma Elwend zlewa się z wiatrem północy w jeden niejako gwałtowny prąd, trwający przez cały wrzesień, łagodniejący chwilami, często jednak przeobrażający się w prawdziwy wir powietrzny, któremu nic nie jest w stanie się oprzeć. — Téjto łączni obu prądów przypisać należy wielki zasób wilgoci w tutejszych dolinach lecz też i ciekawe stany chorobowe pośród mieszkańców tych okolic, nieodpowiednie porom roku uprawy roli, zasiewy i zbiory.

Samo zaś przejście z jednéj pory roku w drugą przedstawia tu pole do bardzo wyczerpujących studyjów. Prawidłowych czyli astronomicznych następstw tu nie uważamy. W prowincyjach północnych po 5-miesięcznéj zimie szybko następują upały i okres pośredni wiosenny wcale tu nie istnieje. W miejscowościach położonych na południu zazwyczaj obserwować można bardzo liczne zmiany w ciśnieniu powietrza, w stopniu ciepłoty, mianowicie wahanie się jéj w ciągu dnia i nocy. Zimę zaznacza tu tylko większa ilość dni dżdżystych. Z początkiem stycznia szybki rozwój i kwitnięcie okazów roślinnych cechują tutejszą wiosnę, ustępującą wkrótce upałom trwającym do końca października. Dwumiesięczną jesień charakteryzują liczne zmiany w warunkach meteorologicznych, lecz stosownie do miejscowości, tak że w jednym punkcie mieszkańcy cieszą się spokojem dziennym i suchością nocy, podczas gdy w innych dnie bywają pochmurne, a noce wilgotne i chłodne. Zmienność podobną uważa się głównie w okolicach położonych nad zatoką perską, podczas gdy wytwarzanie się znacznéj ilości pary wodnéj z powierzchni Morza Kaspijskiego i środkowych jezior, daje okolicom położonym nad ich wybrzeżami odmienne warunki klimatyczne, porami roku ściśléj dające się określić. Wreszcie zima w Azerbejdżanie i Kurdystanie perskim jest jedyną porą roku, którą mieszkańcy zajmują się do wysokiego stopnia. Porato u nich rozwoju chorób zapalnych ciężkich i długotrwałych, opierających się wszelkiemu leczeniu a zatêm pozostawianych sobie samym i tylko utrwalających wiekowy zwyczaj obliczania dni najbardziéj zimnych. To też wypytując tutejszego Kurda o czas trwania zimy, tyle tylko można się od niego dowiedzieć, że ta pora roku przedstawia 59 dni prawdziwie zimnych następujących po sobie w nieregularnych przerwach, raz kilkadniowych a niekiedy i parotygodniowych nawet, tak że dopóki ta ilość nie zostanie wymazaną z domowego rachunku, nie wypada rozstawać się z kożuchem i wysuwać nogi z pod kołder okrywających grzejące ognisko. O praktyczności podobnego rachunku przekonałem się osobiście. Gdy w podróży do Hamadanu w śliczny dzień marcowy przybyłem do Asadabadu, z zadowoleniem wpatrywałem się w majestatyczne skłony Gerdane-Kuth, ozdobne już w puszysty kobierzec ciekawych mchów. Obliczałem sobie przyjemność, jaką mieć będę następnego dnia, gdy przebywając tę kilkogodzinną przestrzeń zajmę się zbieraniem ciekawych okazów roślinnych, gdy oto nagle odprawiwszy bardziéj natrętnych niż chorych pacyjentów sam zostałem zmuszony szukać schronienia pod dachem gościnnego Kurda. Z początku deszcz, późniéj grad i śnieg były tego powodem. Przypomniawszy sobie nasz klimat w ciągu całych dwóch dni musiałem się wpatrywać, jak pod ciągle powiększającemi się masami śniegu niknie kobierzec roślinny i jak trudną drogę będziemy mieli do przebycia. Gospodarz zrozumiawszy moje zdziwienie, pocieszał dawaniem wiadomości, że jestto 56 dzień zimy, że jemu podobnych będziemy jeszcze mieć trzy, poczêm już nie będzie obawy. Zetknąwszy się też z têm

wszystkiém, co zima tutejsza ma w sobie nieprzyjemnego sprawdziłem rachunek Kurda i przekonałem się, że dopiero w drugiéj połowie kwietnia można zaledwie podróżować w tych stronach, tak że z przyczyny bardzo tu niestałych warunków klimatycznych zbadanie ogólnéj zdrowotnéj sytuacyi bywa połączone z niemałemi trudnościami. I w tym względzie prowincyje południowe przedstawiają większą łatwość. Tam bowiem podróżując w nocy a wypoczywając całemi dniami w tak zwanych Bala-Hane lub Menzyl ma się zawsze dość czasu do zwiedzenia miejscowości, rozpytania się o jéj stosunki i zrobiwszy swoje notatki ruszenia daléj, podczas gdy na północy Persyi wypada się zgodzić na konieczność choćby tylko parodniowego pozostania w tym lub owym punkcie, jeżeli chcemy zebrać jakieś pewne dane o warunkach zdrowotnych miejscowości.

Prądom wiatrów właściwych Persyi przypisują w Iraku sprzyjanie przenoszeniu na znaczne przestrzenie zaduchów zimniczych a nawet zarazków innych chorób zakaźnych. O ile nie mylą mnie moje doświadczenia, mogę temu zaprzeczyć. Wiatry bowiem perskie mogą być podciągnięte pod miano *sui generis*, siła ich bowiem skupia się w pewnych dających się określić miejscowościach, a geologiczna ściana rozdzielająca dwa sąsiadujące z sobą muzułmańskie państwa jest naturalną baryjerą, o którą rozbija się niejako cała potęga wschodnich prądów powietrza. Jedynie tylko w południowym kącie, gdzie Szat-el-araba rozgranicza dwa kraje wytwarzając po obu wybrzeżach obszerne bagna, tam prądom wiatru z południa wolno jest przypisać pewne sprzyjanie przenoszeniu się zaduchów zimniczych. Wpływ ten jednak równoważy się tu przez wzajemną jednostajność klimatu, a niemniéj też i charakterem zimnic, z równą siłą panujących w obu sąsiadujących z sobą prowincyjach. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 45,4. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z róży 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy; o 5 przypadkach duru osutkowego. W tygodniu od 14 do 20 marca umarło z ospy w Warszawie 2, w Wiedniu i Pradze po 7, w Rzymie 4, w Wenecyi 1, w Zurychu 8, w Paryżu 8. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Pradze, Londynie po 1, w Petersburgu 3, w Odesie 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 5. Z wścieklizny umarło w Londynie i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 8, w Strasburgu 8, w Paryżu 11, w Petersburgu 18. Z odry umarło w Berlinie 14, w Rzymie 26, w Paryżu 29, w Londynie 40, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło w Hamburgu i Paryżu po 12, w Petersburgu 30. Z błonicy umarło w Berlinie 26, w Rzymie 11, w Paryżu 57, w Londynie 36, w Petersburgu 11. Z krztuśca umarło w Paryżu 13, w Londynie 120.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,7; w Brodach 37,9; w Drohobyczu 44,2; w Kołomyi 33,1; w Przemyślu 40,2; w Stanisławowie 35,5; w Tarnopolu 29,3; w Tarnowie 40,1; w Czerniowcach 40,8; w Warszawie 30,3; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 38,6; w Lincu 32,3; w Salcburgu 21,2; w Gracu 39,5; w Tryjeście 38,3; w Insbruku 37,1; w Pradze 46,4; w Bernie 42,0; w Olomuńcu 18,6; w Opawie 39,0; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Bazylei 17,7; w Brukseli 26,5; w Chrystyjanii 21,0; w Genewie 28,8; w Kopenhadze 25,6; w Londynie 30,3; w Odesie 32,6; w Paryżu 34,1; w Petersburgu 40,1; w Rzymie 29,8; w Stokholmie 29,1; w Wenecyi 31,1; w Zurychu 42,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego załatwiono ostatecznie sprawę komisyi przemysłowéj, ustanowionéj na wniosek prof. Korczyńskiego. Uchwała odnośna oraz uchwała dotycząca wniosków doc. Gluzińskiego razem z motywami ogłoszone zostaną w osobnym dodatku do przyszłego Nru tygodnika naszego. Wreszcie uchwalono przystąpić do uroczystego odsłonięcia i zawieszenia portretu śp. prof. Kozubowskiego w pierwszych dniach maja rb.

* W sprawie wścieklizny. W Londynie utworzyła się komisyja, mająca badać postępowanie zapobiegawcze Pasteura; w skład jéj wchodzą: sir Paget, prof. Sanderson, Dr. Brunton, sir Roscoe i sir William Jenner. Komisyja ta ma udać się niebawem do Paryża.

Najwyższa Rada sanitarna w Wiedniu na ostatniém swém posiedzeniu postanowiła zachować się wyczekująco w obec postępowania Pasteura.

Tymczasem w Paryżu wpłynęło przeszło 500,000 franków na rzecz zakładu.

* **Rzym.** Królowa włoska zamianowała lekarzem swym przybocznym pannę Małgorzatę Farne, doktorową medycyny, która ukończyła nauki lekarskie we Włoszech i praktykowała w szpitalach turyńskich i medyjolańskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Gryfija.** Prof. anatomii patol. Grohe z powodu schorzałości złożył profesurę, a w jego miejsce powołany został docent i asystent w Berlinie Dr. Grawitz. — **Wiedeń.** Prof. Spath prosił o przeniesienie w stan spoczynku.

* **Odznaczenie.** Rodak nasz, lekarz pułkowy Dr. Henryk Kowalski w Wiedniu z powodu działalności swéj w Serbii i Bułgaryi podczas ostatniéj wojny otrzymał złoty krzyż zasługi z koroną.

* **Nekrologija.** W Rzeszowie umarł doktorand medycyny w Uniw. Jagiell. Jan Kanty Grudziński licząc lat 25.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Dobrzyckiego: Sławuta, sprawozdanie za r. 1885; Rumszewicza: Niezwykły przypadek ciała obcego w rogówce. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Obrzuta: Przyczynek do nauki o komórkach olbrzymich grużliczych; Modrzejewskiego: O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha środkowego (c. d.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Z. IV: Heilperna: O wartości pożywnéj chleba w obec nowoczesnéj techniki piekarskiéj; Bielińskiego: Doktorowie medycyny promowani w Wilnie.

Piśmiennictwo lekarskie. JAHRESBERICHT, 14 d. Medicinal Collegiums üb. das Medicinalwesen im Königr. Sachsen auf d. J. 1884 gr. 8 Leipzig F. C. W. Vogel. M. 4. —

FLÜCKIGER u. TSCHIRCH. Grundlage der Pharmacognosie. 2 Aufl. M. 186 Holzschn. 8. Berlin, Springer. M. 8.

FORSCHUNGEN üb. Cholerabakterien. Von Finkler u. Prior. Mit 8 Holzschn. u. 7 col. Taf. 8 Bonn, Strauss. M. 8.

HERMANN L. Lehrbuch der Physiologie. 8 Aufl. M. 140 Abb. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 14.

KÖNIG Frz. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 4 Aufl. II. Band. Mit 133 Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 14.

LANDOIS L. Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 5 Aufl. M. Zahlr. Holzschn. 1 Abhth. 8. Wien, Urban et Schw. M. 5.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 133.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Anatomii patologicznéj.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść swe podania na ręce podpisanego dziekana, do dnia 30 kwietnia b. r.

Kraków dnia 7 kwietnia 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 kwietnia 1886. № 16. Rok XXV.

I. O środkach wypróżniających jelito, w szczególe o żwirze.

Podał Dr. Kaczorowski,
lekarz ordynujący w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.
(Referat dla dyskusyi w Sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk poznańskiego).
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Takie połączenia, ułatwiające może nawet wchłonienie, nie tylko znosiły najwrażliwsze kobiety, które na samo wspomnienie rycynusu ckliwości doświadczały, albo choć siłą postanowienia olej zażywszy natychmiast go napowrót oddawały, ale nawet pod wpływem złudzenia i pożądanego skutku późniéj z prawdziwą chęcią nadal przyjmowały [1]). Zarzut, jakoby olejek rycynowy upośledzał trawienie, jest wcale nieuzasadniony; szafując nim codziennie w ogromnéj obfitości u wielu pacyjentów, codziennie nawet go używających, przeciwnie śmiało twierdzić mogę, że jestto jedyny środek, który byle rano na czczo użyty, bynajmniéj nie zamąca ani trawienia ani odżywienia, nie wymaga nadto żadnego osobliwszego ograniczenia w dyjecie.

Co do ilości, w jakiéj olej rycynowy podawać przychodzi, zależy ona od celu zamierzonego i od usposobienia osobniczego. Chcąc cienkie także jelito wypróżnić, np. celem wydalenia czerwi podać wypadnie 25—50 grm. Do wypróżnienia grubego jelita wystarcza 10—15, u bardzo wrażliwych kobiet poniekąd 2 grm. Dzieci stosunkowo większych potrzebują dawek, co najmniéj 3—5 grm., nawet w pierwszym roku życia.

Po za olejkiem rycynowym tam, gdzie nieprzeparte zachodzi zastósowania go niepodobieństwo, uciekam się do naparu liści senesowych wyskokiem wyciągniętych, jeżeli chodzi o szybkie i dokładne wypróżnienie jelita. Jakkolwiek ten przetwór nie pociąga za sobą bólów brzucha, ma jednak tę niedogodność, że czasem zbyt obfite i częste wywołuje wypróżnienia i przez to osłabia chorych.

Kalomel, wprawdzie bardzo łagodnie działający, zasadniczo wykluczyłbym z rzędu leków wypróżniających dla jego własności trującéj, aczkolwiek nie doraźnie występującéj, to zawsze prawie mszczącéj się na odżywieniu i na zębach wyzdrowieńców. Problematyczna nawet jeszcze zbawienność jego na wstępie tyfusu jelitowego, zapewne od skutku wypróżniającego zależna, da się według zdania mojego równie dobrze zastąpić niewinnym olejkiem rycynowym.

Rheum i *Aloe*, owe dwa najpowszechniéj tak przez wielu lekarzy, jakoteż w tajnych pigułkach rozwalniających wszelkiego autoramentu podawane leki drastyczne, w małych dawkach nie pewno, w większych po za cel zamierzony trafiają. Uważałbym je więc za przydatne chyba dla zdrowych, lubiących zbytecznie dogadzać brzuchowi, dla dotkniętych zaś nieżytem jelita z skłonnością do zaparcia, stają się oliwą dolewaną do ognia, powoli wprawdzie i niespostrzeżenie tlejącego się, ale têm głębiéj podkopującego ogólne zdrowie. Toż samo powiedzieć należy o jalapie, wkradającéj się w łaski publiczności pod wielce ułudną formą konserw *tamar indien* zwanych. Mogąc te leki, w przewłocznych, ma się rozumieć, chorobach tylko dopuszczalne, zastąpić zmianą w dyjecie lub środkami mechanicznie działającemi, głosowałbym za wyrzuceniem ich z arsenału leczniczego, a zarazem za ostrzeżeniem publiczności w drodze rozpraw przystępnych, aby z szkodą zdrowia w ten sposób wyzyskiwać się nie dawała.

O lekach solnych wykazały wspomniane wyżéj doświadczenia, że obok zwiększenia ruchu robaczkowego przyciągają także obfitą wydzielinę błony śluzowéj, rozpoczynając już w cienkiém jelicie działanie swoje. Według zdania mojego czynność ich głównie do cienkiego jelita ogranicza się, a wypróżnienia niemi wywołane takim trybem przychodzą do

[1]) Dobry także sposób zażywania olejku rycynowego dla skłonnych do wymiotów jest ostrożne nalanie go do kieliszka napełnionego do ¾ sokiem cytrynowym tak, żeby tworzył bąbel na soku pływający i wychylenie jednym haustem.

skutku, że nagromadzający się w cienkiém jelicie nadmiar cieczy, prąc za okresowemi ruchami robaczkowemi do grubego jelita, powoli rozpuszcza zastały tam kał, co uskuteczniwszy dostatecznie, przemaga nareszcie opór stawiany przez zwieracze. Jeżeli zaś, co się zbyt często zdarza, mianowicie u osób nerwowych i skłonnych do bólów brzucha, dolna część grubego jelita, zazwyczaj spieczonemi bobkami kału zapchana, kurczowo jest zaciśniętą, płynna zawartość górnéj części jelita wydobywa się wprawdzie na zewnątrz, torując sobie drogę obok, czasem nawet środkiem stwardniałych mas kałowych, ale tych ostatnich wcale za sobą nie porywa; albo też po powtarzających się przez czas niejaki bezsilnych ruchach, przez chude ściany brzucha dobrze widzialnych, dla ucha głośném bulgotaniem uwydatniających się, powoli ucisza się i nareszcie wessaniu ulega. Ztąd też chorzy od leków solnych nie doświadczają zwykle tak zadowalającego uczucia pozbycia się kału, jak od leków drastycznych, albo też jeśli po zwiększonych lub kilka razy ponawianych dawkach solnego leku dokładne nastąpi wypróżnienie, odnoszą niepomierne osłabienie z powodu zbyt obfitéj wydzieliny i mnożących się bez liku stolców.

Solne więc leki winny znaleźć zastósowanie tylko w chorobach bezgorączkowych, przewłocznych, u silnych, krwistych, dobrze odżywionych ludzi, którym ubytek soków tak łatwo nie zaszkodzi.

Co do leków samych łagodniéj działają winiany i chlorki aniżeli siarczany, połączenia sodu i magnu przyjaźniejsze od potasowych.

Winiany często zawodzą, chlorki pewniejsze, mianowicie sól kuchenna, która i mniéj wycieńcza chorych a dziwnym zbiegiem okoliczności tak mało znajduje uwzględnienia ze strony lekarzy. Bardzo polecenia godnemi są połączenia chlorku z siarczanem sodowym, mianowicie sól morszyńska, zawierająca mniéj więcéj $1/3$ chlorku a $2/3$ siarczanu sodowego, która pod względem tak smaku jak pewności skutku znacznie przewyższa upowszechnioną bardzo a drogą sól karlsbadzką (sztuczna ma smak nieznośny).

Warto więc, abyśmy ten wytwór rodzimych wód morszyńskich, będących nadto własnością wdów i sierót Towarzystwa lekarzy galicyjskich, z wszech stron popierali. Wody mineralne gorzkie, tak wielkiéj jeszcze używające wziętości, co najmniéj za zbytek uważać należy, ponieważ daleko taniéj zastąpić je można rozczynem odnośnych soli, np. morszyńskiéj, w większéj ilości wody. Czyste siarczany posiadają zresztą tę niedogodność, że dużo w jelicie wywiązują gazu siarkowodowego, działającego u osób nerwowych na ubezwładnienie serca. Wody mineralne glauberskie kwalifikują się tylko do okresowych kuracyj.

Z pomiędzy środków rozcieńczających i rozmiękczających zawartość jelita, zimna woda, na czczo używana, pobudzająca nadto jelito obniżoną swą ciepłotą na drodze odruchu, niektórym osobom cierpiącym nawykłe zaparcie stolca, dobre oddaje usługi. Najprzyjemniejszemi są owoce dużo cukru i kwasków zawierające, mianowicie winogrona, gruszki, śliwki, jablka, figi, rodzenki, sąto jednak rzeczy, nie zawsze i nie dla każdego przystępne, a zresztą nie pewno działające. Gliceryna, zkądinąd nawet pożywna, szybko się uprzykrza.

Najprostszemi a pod względem niepożądanych ubocznych wpływów najobojętniejszemi środkami wypróżniającemi winny być jak w całéj dziedzinie lecznictwa, tak i tutaj, środki fizycznie działające.

Od wieków też używane bywają wstrzykiwania do odbytnicy, w formie tak zwanych lawatyw czyli enem, już to z czystéj wody, już też z dodaniem rozmaitych leków mniéj lub więcéj drażniących, lub rozmiękczających, jako to: soli, mydła, cukru, miodu, octu, oliwy. Ale enemy owe zdołają tylko dolną część grubego jelita wypróżnić, a nadto pomimo drażniących dodatków, a u osób wrażliwych właśnie z powodu zbyt silnie drażniących dodatków, zwiększających jeszcze zachodzący już skurcz jelita, który je natychmiast wypiera napowrót, często chybiają celu, przyczyniając się do wywołania lub podniecenia istniejącego już nieżytu grubego jelita.

Wyjąwszy nagłe przypadki ciężkiéj niemocy, gdzie doraźne wypróżnienie grubego jelita za pomocą enemy z octu może być na czasie, najłagodniejsze tylko środki aromatyczne z dodatkiem małéj ilości soli kuchennéj, lub osłaniające winny znaleść zastósowanie przy wstrzykiwaniach do jelita. Znaczny w tym względzie postęp stanowią irrygacyje obfitych ilości cieczy (do 2 litrów) za pomocą lewara do jelita.

Za najodpowiedniejszy w tym celu uważam odwar siemienia lnianego, do którego pod koniec warzenia doda się garść rumianku. Chcąc jednak ułatwić rozejście się płynu po całéj rozciągłości grubego jelita, trzeba ułożyć pacyjentów *à la vache*, celem zmniejszenia oporu jelita w obec zwiększonego ujemnego ciśnienia jamy brzusznéj. Cenny ów tryb leczenia w przewłocznym nieżycie grubego jelita wymaga wszakże tyle zachodu, że tylko w wyjątkowych przypadkach da się przeprowadzić.

Dla ogółu wzdychającego za regularnemi wypróżnieniami jelita, dla licznego owego zastępu nawykłego do zaparcia stolca, nieodzowna czuć się daje potrzeba prostego środka, któryby górą do przewodu pokarmowego wprowadzony, bez żadnych zaburzeń li tylko mechaniczną podnietą codziennie jelito otwierał. Ku temu celowi nadaje się bardzo skutecznie grubowłóknisty chleb, tak zwany *Grahama*, z pszennego szrótu na drożdżach wypiekany, który w dostatecznéj ilości spożywany, wcale punktualnie mniéj więcéj w dwanaście godzin po zjedzeniu luźne sprowadzać zwykł wypróżnienia, tak że spożywający go rano i na wieczór o tych samych porach dnia lekko z potrzebą swoją wychodzą. Jestto środek tém użyteczniejszy, że posmarowany świeżém masłem lub tłuszczem przy herbacie lub kawie nader pożywnym jest pokarmem, wystarczającym zupełnie na śniadanie i kolacyją, a byle nie w zbyt świeżym stanie używany, nawet najwrażliwszym żołądkom żadnych nie sprawia niedogodności. Wszakże i chleb ów nie jest dla wybrednych smakoszów rzeczą bardzo pożądaną, ani dla biednych łatwo przystępną, co we mnie zrodziło pomysł, zastąpienia mechanicznego jego czynnika, tj. niestrawionych skorupek ziarna pszennego, żwirem, czyli grubym piaskiem, poprzednio wrzącą wodą dla oczyszczenia z naleciałości przepłukanym.

Wiadomą jest rzeczą, że niektóre ptaki, zbierając pożywienie pochłaniają także gruby piasek i drobne kamyczki, wiedzione snać instynktem, aby ułatwić rozdrobnienie twardych ziarn w całości połykanych. Tak samo spostrzegałem nieraz, jak dzieci słabowite, zboczeniami trawienia dotknięte, chciwie piasek z ziemi zbierany pochłaniały. Od roku przeszło zacząwszy podawać chorym, dla których pożądaną była regularna czynność odbytnicy, najprzód gruby piasek raz lub dwa razy na dobę od łyżeczki aż do pełnéj łyżki stołowéj posuwając dawkę, przekonałem się, że to jest istotnie wystarczający surogat chleba żarnowego, a widząc, że im grubszy jest żwir, tém skuteczniejszym się okazuje, podaję obe-

cnie drobne kamyczki krzemienne wielkości około ziarn konopnych. Dotychczas nigdy nie miałem sposobności zauważania, ażeby ten środek komukolwiek, choćby najwrażliwszym kobietom, sprawiał jakie niedogodności, na dowód czego mógłbym podnieść, że niezwykły ten lek, na początku w opłatkach osłaniany, późniéj zaś bez osłony podawany i wodą popijany, a wtedy przez niejednego chorego z niedowierzaniem przyjmowany, dzisiaj, dzięki jego oczywistéj dobroczynności, tak się stał popularnym pomiędzy chorymi w zakładzie, że często sami się oń dopraszają, a konsumpcyja jego tak się podniosła, że na fury liczyć ją można. Pierwsze doświadczenia wykonywałem na osobach, których jelito prócz ociężałéj czynności nie zdradzało wyraźnych zboczeń, późniéj jednak ośmielony niewinném oddziaływaniem żwiru na przewód pokarmowy, zacząłem podawać go także chorym wyraźnym nieżytem jelita dotkniętym. U pierwszéj kategoryi chorych nie było prawie przypadku, gdzieby żwir w dwanaście mniéj więcéj godzin po zażyciu nie sprowadził swobodnego, choć może nie tyle płynnego jak po chlebie żarnowym wypróżnienia; u drugiéj zaś zdarzało się nie raz, że zawodził i wymagał przyjścia w pomoc olejkiem rycynowym, ponieważ wypchana zbitym kałem odbytnica nie miała dość siły wyparcia suchéj swéj zawartości. Wszakże i w takim razie nigdy nie spostrzegałem żadnego okaleczenia kiszki odchodowéj ani większych boleści z powodu przejścia suchego kału. Nie zrażając się więc początkowém niepowodzeniem żwiru u chorych nieżytem przewlocznym jelita dotkniętych i statecznie daléj go zadawając nabrałem coraz bardziéj rosnącego przekonania, że ten środek mechaniczny jest wcale zdolnym do oddziaływania pomyślnie na właściwą sprawę chorobową, wymiatając śluz i wiadome błony wrzekome, wytwarzające się często na długich przestrzeniach chorego jelita. Nadto nie mogłem się częstokroć oprzeć wrażeniu, jakoby żołądkowe także trawienie pod wpływem żwiru poprawiało się, co dałoby się także wytłumaczyć raz wywiązywaniem silniejszych ruchów żołądka, przyczyniających się do dokładniejszéj przeróbki pokarmów, po drugie wyskrobywaniem, że tak powiem, błony jego śluzowéj z zatykającego jéj torebki lepkiego śluzu, w którym zapewne gnieżdżą się różne chorobotwórcze ustroje. Jedyny zarzut, jakiby można uczynić wprowadzaniu do przewodu pokarmowego grubszych ciał nierozpuszczalnych, jakiém jest żwir, że utkwićby mogły w wyrostku robaczkowym jelita ślepego, nie dała mi dotąd powodu do zastanowienia nieprzychylnego, ile że żwir wrzącą wodą sterylizowany, nie powinien nigdzie wzniecić sprawy zapalnéj. Ze względów estetycznych możnaby zresztą zastąpić żwir ku tym samym celom drobnemi ziarnkami marmuru, któryby zarazem dopełniał zadania zobojętniania w niższych częściach jelita nagromadzonych kwasów. We Francyi używają od niedawna celem ułatwiania wypróżnienia jelita surowego siemienia lnianego, podobnie działają nierozpuszczalne ziarnka w owocach figowych i gorczycy drażniącéj nadto błonę śluzową żołądka. (Dok. n.)

II. Z Zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze.

Przyczynek do nauki o żółtym przewlekłym zaniku wątroby.

Podał Dr. Andrzej Obrzut,
I. asystent tegoż Zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Uderzającém daléj zjawiskiem w istocie czerwonéj jest wielka ilość pseudokanalików. Znajdują się tu one prawie w każdém polu widzenia (przy średnich powiększeniach). Często tworzą odosobnione kłębki, podobne do wężów pozwijanych, jak się Ackerman trafnie wyraża, są w ogóle więcéj powikłane niż w przestworach międzyzrazikowych istoty żółtéj, a grubość ich więcéj jednostajna. Komórki ich i tutaj sąto komórki o większych owalnych jądrach, mniéj się barwiących niż jądra przybłonków prawdziwych kanalików żółciowych. W ściankach ich znaczna ilość komórek wrzecionowatych. Twory te nie mogą być naczyniami włosowatemi lub mniejszemi naczyniami z wybujałemi śródbłonkami, jak to przypuszczają niektórzy autorowie. Różnica, jaka między temi szeregami komórek (pseudokanalików i naczyń krwionośnych) zachodzi pod względem kształtu jąder i ich ułożenia, jest uderzającą zwłaszcza na tych obrazach, gdzie obok takiego pseudokanaliku przebiega naczynie krwionośne równych rozmiarów. W pierwszym szereg komórek wielkich o jądrach owalnych często nieprzylegających do ściany, w drugiém wydłużone jądra wrzecionowate w samych ściankach naczynia. Ta sama różnica uderza, gdy przypadkiem obok lub wśród pseudokanalików znajdzie się prawdziwy kanalik żółciowy. Różnica komórek przybłonkowych jest tak widoczna, że tworów tych brać jedne za drugie nie można. Połączenie między niemi nie daje się wykluczyć, ale téż i niczém udowodnić mi się nie udało nawet w kilkudziesięciu preparatach. Ta różnica między prawdziwemi kanalikami a pseudokanalikami zaciera się tylko pod pewnemi warunkami. Decydującém w tym względzie jest zachowanie się otoczenia tych tworów. Gdy się bliżéj przypatrzymy granicy między młodą tkanką granulacyjną a już wyżéj uorganizowaną i śledzimy zachowanie się pseudokanalików przechodzących z jednéj tkanki do drugiéj, to uderzy nas najpierw powolna przemiana wielkich jąder przybłonkowych pseudokanalików w mniejsze okrągłe silnie się barwiące. Ta przemiana coraz jest widoczniejsza w miarę wchodzenia w tkankę więcéj jąder wrzecionowatych i włókien zawierającą; pseudokanaliki przybierają charakter prawdziwych kanalików. Różnica byłaby jedynie ta, że rzadko tylko da się tu wykryć światło w tych tak przemienionych kanalikach.

Kanaliki w ten sposób przemienione a złożone z szeregów komórek przybłonkowych zawartych w pewnego rodzaju otoczkach przypominają żywo utkanie adenomatyczne z typem gruczołów rurkowych.

Zachowanie się prawdziwych kanalików żółciowych jest także uwagi godném. Ściany tak większych jakotéż mniejszych są otoczone grubą pochwą łącznotkankową, światło ich gdzieniegdzie zwężone a one same przemienione w jednolity postronek z komórkami wrzecionowatemi. Na innych znowu miejscach zauważyć można na nich wrzecionowate lub woreczkowate rozszerzenia. Na ścianach pokład zwykle dobrze zachowanych cylindrycznych przybłonków, w świetle zaś zwłaszcza w miejscach ektatycznych gromadki złuszczonych przybłonków luźnie leżących lub w pewną całość zbitych i przypominających komórki olbrzymie. Obok tego gdzieniegdzie drobnoziarnisty *detritus*, pochodzący zapewne z rozpadłych i złuszczonych przybłonków. Tworzenia jakichś wypustek lub pęczków do otaczającéj tkanki nigdy nie zauważyłem na ich ścianach.

Zmiany na naczyniach krwionośnych są prawie takie same jak w przestworach międzyzrazikowych w istocie żółtéj. Na gałązkach żyły bramnéj międzyzrazikowych i większych przedzrazikowych często objawy *enddohlebitis ob-*

literans. Wyrazem dalszym znacznych zboczeń w krążeniu są drobne i włosowate naczynia tak znacznie na niektórych miejscach porozszerzane, że istota czerwona przyjmuje wejrzenie angiomatyczne. Te naczynia włosowate dochodzą niekiedy do rozmiarów większych naczyń bramnych. Łatwo je jako takie rozpoznać po ich delikatnych ścianach. Ale nie tylko naczynia włosowate, ale również i naczynia większe są na niektórych miejscach porozszerzane, jak to wnosić można z niestosunku, jaki zachodzi między ich światłem a grubością ścian. — Badanie mikroskopowe mięśnia sercowego i miąższu nerkowego wykazało zwyrodnienie miąższowe przechodzące miejscami w tłuszczowe.

Rozliczne zatém zmiany mikroskopowe odpowiadają obrazowi makroskopowemu. Charakter tych zmian można nazwać zapalnym. Rozchodzi się jednak o to, czy ten charakter zapalny był punktem wyjścia tych zmian wszystkich. Obok zmian zapalnych dawniejszego pochodzenia na ścianach naczyń krwionośnych i kanalików żółciowych znajdujemy świeże nacieki tak rozległe, jakich w żadnéj formie marskości nie znajdujemy. Uderzającém jest umiejscowienie młodéj tkanki bujającéj na koszt miąższu wątrobowego i to postępujące zastępstwo ostatniego przez pierwszą. Pod tym względem nie zachodzi między naszym przypadkiem a między marskością zanikową Laenneca i hypertroficzną Hanota, Charcota i Sabourina żadna kardynalna różnica. Przypadek ten dowodzi nadto, jak słabą jest podstawa, na któréj chciano podzielić różne formy marskości, mianowicie sposób bujania zapalnego *(Cirrhosis multilobularis, monolobularis, insularis, cirrhose biveineuse, periangiocholitis*. Charcot, Gembault, Hanot i inni) i jak słusznem jest zapatrywanie Ackermanna (*Uiber hypertrophische und atrophische Lebercirrhose. Archiw Virchowa* t. 80, str. 396) nie przypuszczające takiéj podstawy. Pytania, czy w marskości wątroby pierwotnem zjawiskiem są zmiany wsteczne postępujące dośrodkowo od powierzchni zrazików, a następstwem tych zmian oddziaływanie na te sprawy zapalne w tkance łącznéj sąsiedniéj, czy téż rzecz się ma odwrotnie, i mój przypadek nie jest w stanie rozstrzygnąć ostatecznie. Wiele jednak ważnych momentów przemawia za tém, że punktem wyjścia wszystkich tych tak głębokich zmian były sprawy zapalne w tkance Glissona. Za tém przemawia przedewszystkiém obraz mikroskopowy istoty żółtéj. Tylko w bezpośredniém sąsiedztwie z naciekiem zapalnym okazywały komórki wątrobowe zwyrodnienie i rozpad i to nie wszędzie w równym stopniu. Komórki w dalszych częściach zrazików były prawie normalne. Wykluczyć należy również, jakoby przypadek ten nie był niczém innem, jak przewlekłą marskością zanikową, do któréj przyłączył się ostry zanik pozostałego miąższu wątrobowego, bo wszystkie zmiany oprócz zgrubienia ścian naczyń noszą piętno sprawy świeżéj, za czém zresztą i przebieg choroby za życia świadczy. Szybkiego przebiegu w tym przypadku nie wytłumaczymy sobie ani szybkiém zwyrodnieniem komórek ani innemi przypadkowemi powikłaniami, na które zwrócił uwagę i ilustrował 4 przypadkami Hanot *(Sur la cirrhose atrophique à marche rapide. Archives générales de médecine* 1882).

Zmiany tak wybitne zapalne w moim przypadku zbliżają go do rzędu zapaleń przewlekłych śródmiąższowych. Różnica, jaka między nim a różnemi formami marskości zachodzi, nie jest jakościową, tylko ilościową i czasową. — Tutaj do dawnych zmian w naczyniach przystąpił rozległy naciek zapalny, który szerząc się z przestworów bramnych szybko zastąpił miąższ wątrobowy. Rozszerzone przestwory międzyzrazikowe w marskości Laenneca tém się tylko różnią od tychże przestworów w moim przypadku, że tam naciek zapalny uorganizował się w zbitą tkankę łączną, która nie tylko uciska ale i zastępuje miąższ wątrobowy, tutaj zaś naciek ten na pewnych nieznacznych tylko miejscach, zwłaszcza w płacie lewym, okazywał początki dalszéj organizacyi, zresztą miał cechy świeżego. Ale téż za to w miejscach tych, gdzie przyszło do organizacyi nacieku, tj. do jego przemiany w tkankę łączną, miejsca takie (w istocie czerwonéj płatu lewego), nie różniły się w niczém od nowowytworzonéj tkanki łącznéj w zwyczajnéj marskości zanikowéj, nawet twory zwane pseudokanalikami nie okazywały już żadnéj różnicy.

Na twory te zwróciłem szczególną uwagę w moim przypadku. Dokładna obserwacyja ich różnych przemian tłumaczy nam z jednéj strony, że i nowotwory tworzące kanaliki żółciowe w tkance okołobramnéj w zwyczajnéj marskości zawdzięczają swój początek odsznurowanym komórkom wątrobowym, które podobnie jak i tkanka łączna ulegają proliferacyi pod wpływem tego samego bodźca zapalnego; z drugiéj strony w obec wykazanego związku pozostałych komórek wątrobowych w istocie czerwonéj mojego przypadku z owemi szeregami komórek (pseudokanalikami), przypuścić musimy, że w jednym i drugim razie sąto twory identyczne. W zupełności zatém przyłączam się do przypuszczenia Klebsa i Perlsa, którzy te szeregi komórek bujające na kształt włosowatych przewodów żółciowych wyprowadzają z pozostałych komórek wątrobowych i słuszność tego przypuszczenia uważam za udowodnioną. Bujanie tych pozostałych komórek prowadzi do owych kanalików złożonych ze samych komórek przybłonkowych, które śród pewnych warunków przybierają postać adenomatyczną. Zachodzi teraz pytanie, czy takie objawy proliferacyjne pozostałych komórek wątrobowych można uważać za odrodzenie zniszczonego miąższu wątrobowego. Mój przypadek na to pytanie daje odpowiedź potwierdzającą. Jak to Zuckerkandl i Toldt (*Lehrbuch der Gewebelehre* 1884, str. 465) udowodnili, wątroba płodowa jest gruczołem rurkowym a dopiero po urodzeniu nastaje powolna przemiana tego typu gruczołowego na znany w stanie dorosłym. Nic téż dziwnego, że i w zaniku żółtym wątroby ta regeneracyja zniszczonego miąższu wątrobowego tylko tą drogą uboczną może przyjść do skutku. Trudno jednak przypuścić, aby z takiéj tkanki adenomatycznéj tak w marskości zanikowéj jakoteż w żółtym zaniku wątroby mogło przyjść kiedyś do wytworzenia stałego miąższu wątrobowego. W marskości zanikowéj Laënneca nie przychodzi do tego nigdy (Cornil *Manuel d'histologie pathologique* 2 wydanie z r. 1884). W obec tak daleko sięgających zboczeń w krążeniu, jak to ma miejsce w moim przypadku, gdzie młoda tkanka łączna tak przeważa nad wszystkiemi innemi elementami, przypuścić raczéj należy, że przy dalszym rozwoju téj tkanki nowowytworzony do płodowego zbliżony miąższ wątrobowy, jeśliby nie uległ zniszczeniu, to z pewnością nie doszedłby do przemiany w zupełnie normalny. Że jednak i taki miąższ płodowy może do pewnego stopnia funkcyjonować i zastępować normalny, jeśli tylko zboczenia w krążeniu nie są za wielkie, pouczają nas przypadki t. zw. marskości przerostowéj, która już ze względu na to zachowanie się tego nowowytworzonego miąższu wątrobowego (znaczne mnóstwa pseudokanalików w miejscu zanikłych zrazików) różni się i anatomicznie i klinicznie od marskości

zanikowéj Laënneca. Myślę też, że na podstawie zachowania się tego nowopowstającego miąższu wątrobowego (pseudokanalików) dałyby się wyjaśnić znaczne różnice, jakie w przebiegu różnych zapaleń chronicznych wątroby już klinicznie się objawiają. Sprowadzanie wszystkich form marskości do jednéj wspólnéj jednostki, marskości zanikowéj Laënneca (Birch-Hirschfeld) sprzeciwia się i doświadczeniu klinicznemu i zmianom anatomicznym.

Pozwoliłem sobie tych kilka uwag w zakresie spraw chronicznych zapalnych w wątrobie, bo i mój przypadek należy bezsprzecznie do nich.

Z powodu, że istota czerwona tak znacznie przeważała po nad żółtą, z któréj tylko pojedyncze wyspy pozostały, możnaby przypadek ten nazwać nie żółtą lecz czerwoną atrofiją. Nazwa ta jednak jak z jednéj strony nie liczyłaby się z genezą całego procesu chorobowego, tak również nie byłaby stósowną na oznaczenie zmian już czysto zapalnych i nowotwórczych, opisanych w istocie czerwonéj, a odpowiadałaby tylko obrazowi makroskopowemu.

Nie wchodzę w bliższą etyjologiję choroby zwanéj zanikiem ostrym żółtym, możnaby jednak zadać pytanie, czy też i mój przypadek nie należy do tego schematu, jaki dla téj choroby stawia dzisiaj większa część autorów, tj. ostry zanik miąższu wątrobowego i następowe objawy zapalne i czy nie dla tego tylko przypadek ten różni się znacznie histologiczne od tego schematu, że choroba trwała względnie tak długo, że aż przyszło do tak znacznych zmian zapalnych i regeneratywnych. Takiemu pojmowaniu rzeczy sprzeciwiają się zmiany histologiczne najświeższéj daty w istocie żółtéj, gdzie na obwodzie zachowanych wysp miąższu wątrobowego przeważają objawy zapalne a środek tych wysp nie okazuje przemian wstecznych.

Różnorodne muszą być sprawy, które prowadzą do ostrego zaniku miąższu wątrobowego, jak to już z rozmaitości etyjologicznych wynika. Przypadki, w których cecha degeneracyjna jest przeważającą, a których przebieg jest jak na zanik ostry choćby względnie za długi, można słusznie, jak to czynią Eppinger i Hlava, nazwać zanikiem chronicznym żółtym. Nazwa ta odpowiada i etyjologii i zmianom histologicznym. Mój przypadek ze względu na charakter czysto zapalny a względnie i długi czas trwania (około 8 tygodni) zbliża się więcéj do marskości zanikowéj, od któréj różnią go tylko stosunki przestrzeniowe, jakie okazują względem siebie zachowany miąższ wątrobowy i nowowytworzona tkanka zapalna, jak również stopień rozwoju téj tkanki zapalnéj, czyli wiek jéj. Jakościowych histogenetycznych różnic tutaj nie ma. Możnaby zatém przypadki tego jak mój rodzaju nazwać marskością ostrą zanikową, nazwa, która tak stosunkom histologicznym jako też objawom klinicznym najwięcéj odpowiada.

III. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Do użycia wewnętrznego podaję jużto resorcyn w małych dawkach, jużto chinin, zwłaszcza *Chininum ferro-citricum* 0·50—1·00 dziennie, odwar kory chinowéj i zaraz z początku wino tokajskie lub malagę; gorączkę wygórowaną obniżam nadto kąpielami letniemi o ciepłocie 27°R., zniżanéj zwolna do 22°R. lub zawijaniami w mokre, chłodne prześcieradła o ciepłocie 18°R.—24°R. Chloranu potasowego nie podaję wewnętrznie, jako leku, który w nadmiarze lub nieostrożnie użyty może, chociaż wyjątkowo, sprowadzić zatrucie (*Diphtherie-Intoxication oder Vergiftung durch chlorsaures Kali? von Dr. Konrad Küster. Berliner klin. Wochenschrift*, 1880, str. 567. *Diphtherie oder Kali-Chloricum Vergiftung von Dr. J. Hofmeier. Berl. klin. Wochenschrift*, 1880, str. 699 i 715), a pilokarpinu również nie radzę używać, bo w chorobie kończącéj się częstokroć porażeniem serca, należy usuwać wszystko, co tylko podkopuje energiję mięśnia sercowego, dodatek zaś wina tokajskiego nie wynagradza należycie szkodliwego działania leku tego na organ tak ważny w ustroju ludzkim (*Heilmittel gegen Diphtheritis von Dr. Georg Guttmann in Constadt Ober-Schlesien. Berl. klin. Wochenschrift*, 1880, str. 569 i 742). Nie podzielam również zapatrywań autorów, którzy od przetworów rtęciowych zadawanych wewnętrznie lub wstrzykiwanych podskórnie spodziewają się działania swoistego niszczącego w krwi krążące mikroorganizmy dyfterytyczne. Na tém również ma polegać i znakomita działalność kalomelu używanego do zasypywań migdałków pokrytych nalotami dyfterytycznemi. Niestety smutne doświadczenia poczynione w klinice prof. Bartelsa w Kielu (*Zur Behandlung der Diphtheritis vor und nach der Tracheotomie von Dr. Mueller Warnek. Berl klin. Wochensch.*, 1880, str. 651 i 669), który był wielkim zwolennikiem wcierań szaruchy (dziennie do 60·00) i używał jéj szczególniéj przy rozszerzaniu się sprawy dyfterytycznéj i zajmowaniu już krtani, udowodniły, że korzystne działanie przetworów rtęciowych mających niszczyć jad dyfterytyczny polega na złudzeniu a za najlepszy dowód posłuży spostrzeżenie, że dzieci zostające z powodu nabytéj choroby syfilitycznéj w leczeniu, za pomocą wcierań i jodku rtęciowego podawanego wewnętrznie, ulegały błonicy z zejściem śmiertelném. W celu usunięcia wszelkich wątpliwości dodać muszę, że błonica pojawiła się u 2ga dzieci (4 letniéj Doroty Siegel i 1-rocznéj Friedy Fuchs) już po ukończeniu leczenia przetworami rtęciowemi w 60 i 51 dniu leczenia, kiedy zmiany syfilityczne prawie zupełnie poznikały, a rtęć w ustroju może w najżywszym obiegu się znajdowała i nie zdołała mimo to ani uchronić dzieci tych od zarażenia się jadem dyfterytycznym, ani też nie wpłynęła pomyślnie na przebieg choroby, która zakończyła się śmiercią, pomimo dokonania cięcia krtaniowego i użycia wszelkich odpowiednich leczniczych zabiegów. Przykłady te pouczają, że ani sinek rtęciowy, ani wcierania szaruchy, ani kalomel, sublimat lub para z cynobru nie zdołają skutecznie zwalczyć jadu dyfterytycznego, a miejscowo użyty kalomel lub sublimat rozwijają tylko działalność miejscową dezinfekcyjną, ograniczoną do wytworów chorobowych.

Z tego też powodu leków powyższych wewnętrznie wcale nie podaję, a natomiast posługuję się w razie potrzeby będźwinianem sodowym i resorcynem. B ę d ź w i n i a n s o d o w y podaję według przepisu zalecanego przez Letzericha (*Ueber die Anwendung des benzoesauren Natrons und dessen Wirkung bei Diphtherie Berlin. klin. Wochenschrift* 1879, s. 93).

Rp. Natri benzoici purissimi 5.00 (*v. Magnesiae benz.*)
Aq. destillatae
Aq. menth. piper. āā 40.00
Syr. cort. aurant. 20.00
MDS. Co godzina po pół łyżki.

dzieciom 1-rocznym —, 7—8·00 tego środka dzieciom 1—3-letnim, 8—10·00 dzieciom 3—7-letnim, 10—15·00 dzieciom nad 7 lat liczącym. Rozczyn powyższy wystarczał na dobę. Ujemną stronę leku tego stanowi nieco przykry smak jego i niechęć z tego powodu ze strony dzieci do zażywania tegoż; wyniki nie są ani lepsze ani gorsze od wyników leczniczych salicylanu sodowego lub chininu; ponieważ jednak lek ten nie oddziaływa niekorzystnie na serce a nawet energiję jego podnieca (Klebs: *Diphtheritis* w *Real-Encyclopädie* str. 187) i nie drażni zbytecznie żołądka, a jest lekiem z powodu zawartości kwasu będźwinowego przeciwgnilnym, (Buchholtz L.: *Antiseptica und Bacterien. Archiv f. experim. Pathol. und Pharmakol.* Bd. 4, str. 1 twierdzi, że pod względem niszczenia bakteryj będźwinian sodowy lub magnowy rozwija 10 razy większą skuteczność niż chinin), przeto używanie jego, choćby w dawkach nieco mniejszych, mogę sumiennie polecać zwłaszcza w braku środków lepszych szczególniéj zaś w przypadkach, w których resorcyn wewnętrznie zadawany zbyt szybko zabarwia mocz na czarno i dla tego nie nadaje się do dalszego używania. Resorcynu (*Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung von Prof. Dr. Loebisch und Rokitansky* 1883) używałem w dyfteryi ze skutkiem wcale zadowalającym nie tylko, jak już wspomniałem, do pędzlowań i wstrzykiwań, ale i wewnętrznie już to w celu obniżenia gorączki, już to w celach oddziaływania od wewnątrz na jad dyfterytyczny a lubo wyniki miałem stosunkowo dobre, to pomimo to nie uważam go wraz z Andeerem za lek swoisty, niezawodny, gdyż i dzieci za pomocą resorcynu konsekwentnie leczone padały ofiarą dyfteryi. Dzieciom do 1 roku życia można podawać 0·10 dziennie powyżéj 1 roku 0·20—0·30 dziennie, nad 2 lata 0·40. Lek ten można podawać w proszku w opłatek zawiniętym lub w rozczynie z dodatkiem syrupu pomarańczowego, a ma on tę zaletę, że nawet w większych dawkach podany nie sprowadza zapadu, że już w 1—2 godzin w pełnéj dawce podany (1·00 u dzieci 5—10 letnich, 1·5—2—3·00 u dorosłych) obniża ciepłotę śród obfitych potów i że w ogóle dzieci w dawkach powyższych znoszą go wcale dobrze.

Przeciw zbrzękającym gruczołom podszczękowym zalecam maść jodoformową z dodatkiem szaruchy:

Rp. Jodoformii puri faba toncae desodor. 2·00,
Ungt. cinerei
„ *emollientis āā* 10·00,
Mfungt exact. ter. DS. Co 3 godziny wcierać wielkości grochu. Miejsca nasmarowane pokrywam papierem gutaperkowym, na który przychodzi jeszcze okład pryszni cowski, zmieniany w odstępach 3 godzinnych.

Okładów lodowych nie używam, chyba wyjątkowo tylko w razie znacznéj bolesności zbrzękających gruczołów i wygórowanego zapalnego ich obrzęku, albowiem przez okłady wysychające staram się ożywić krążenie krwi w częściach chorobowo zajętych i jak najprędzéj wyeliminować wytwory chorobowe za pomocą zapalenia odczynowego, a w chwili złuszczenia się błon dyfterytycznych przechodzę nawet do okładów ciepłych na szyję, w którymto celu używam grubéj flaneli ułożonéj w krawat zmaczanéj w ciepłéj wodzie, pokrytéj ceratką. Okład taki długo ciepłym pozostaje i sprzyja bardzo szybkiemu oddzielaniu się nalotów dyfterytycznych. W pierwszych dniach choroby pozwalam obok płukań podawać kawałeczki lodu lub lody śmietankowe w celu zmniejszenia dotkliwego nieraz bólu przy połykaniu, nie zmuszam jednakowoż dzieci do tego i z trzymania kawałków lodu w ustach nie widziałem również nigdy jakichś skutków nader zbawiennych.

Jeżeli dyfteryja zaczyna zajmować tylne otwory nosowe, przestrzykuję łagodnym prądem jamy nosowe lub też za przykładem Rigauera (*Die Diphtherie und ihre Behandlung durch das kalte Nasenbad*) wlewam zimną wodę wapienną łyżeczkami w otwory nosowe z przodu i iryguję w ten sposób błonę śluzową nosa.

Tak więc płukania i wystrzykiwania z środków łagodnych, jak woda wapienna lub kwas borowy, pędzlowania resorcynem lub kwasem mlekowym albo też zasypywania kalomelem a późniéj jodoformem, podawanie wewnętrznie wina, chininu, resorcynu lub będźwinianu sodowego, wziewania rozpylonéj wody wapiennéj, rozczynu soli kuchennéj, resorcynu lub będźwinianu sodowego 3% w pewnych odstępach czasu, wcierania maści jodoformowéj z szaruchą w obrzękłe gruczoły i wysychające a późniéj ciepłe okłady na szyję, obok posilnéj dyjety i przestrzegania warunków higijenicznych mieszkania, składają się na skarbiec terapeutyczny w dyfteryi używany przezemnie w celu zwalczenia téj choroby i przyznać muszę z względnie dość pomyślnemi wynikami.

Pomijając nader obszerną literaturę obcą, dotyczącą wyników terapeutycznych i doświadczeń przedsiębranych z rozmaitemi lekami, podam tylko pokrótce daty zaczerpnięte z literatury lekarskiéj polskiéj z ostatnich lat 10, o ile zebrać je zdołałem z czasopism znajdujących się pod ręką a dodatek ten treściwie w sposób krytyczny opracowany będzie zarazem stanowił ilustracyję niektórych leków wspomnianych w ogólnym ich spisie.

I tak Szeparowicz w znakomitéj rozprawce „Przyczynek do kazuistyki rozcięcia tchawicy“ (Przegląd Lekarski 1875, Nr. 25 i 26, str. 247 i 259) gorąco zaleca do wziewań przy obniżaniu się sprawy dyfterytycznéj na krtań, kwas mlekowy (*Rp. Acidi lactici guttas* 60, *Aq. destill.* 150·00) i świetne działanie tego leku popiera odnośnemi przypadkami. W ostatnich tygodniach spostrzegałem również przypadek błonicy u 3-letniego chłopczyka, w którym, po złuszczeniu się pokładów na migdałkach pędzlowanych resorcynem, choroba zajęła krtań, wywołując silne jéj zwężenie z wybitnemi napadami chwilowemi bezdechu i sinicy, powtarzającemi się przez dni 5. Wziewania z powyższego rozczynu kwasu mlekowego rozpylanego przyrządem Siegla, obok środków wymiotnych i pryszczydła na szyję uchyliły potrzebę wykonania tracheotomii, która zdawała się być nieuchronną, a chłopczyk dotąd zdrów zupełnie.

Kwas mlekowy zalecony najpierw przez Webera w Darmsztadzie zachwala również Monti, Steiner, Fehrmann, Hill, Mackenzie, podczas gdy Küchenmeister i Sanne przenoszą wodę wapienną nad kwas mlekowy.

Wiszniewski w rozprawce swéj „Kilka uwag nad leczeniem błonicy“ (Przegląd Lekarski 1877, str. 211 i 222), omawiając jednak przypadki nie tyle dyfteryi samoistnéj, ile dyfterytyczne zapalenie połyku towarzyszące cięższym przypadkom szkarlatyny występuje przeciw forsownemu i zbyt częstemu pędzlowaniu zwłaszcza u dzieci zbyt małych lub bardzo krnąbrnych, porzuca okłady lodowe na szyję, a natomiast nader gorąco poleca lód w drobnych kawałeczkach, podawany do kwadransu; wewnętrznie zaś chloran potasowy 1—3 grm. dziennie w odwarze ślazowym lub naparze naparstnicy według potrzeby, chinin, wino, koniak, pokarmy pożywne ale więcéj płynne, a przy niechęci do jadła odżywcze lawatywy, sporządzone według przepisu Leubego. Zajmująca dyskusyja nad odczytem kol. Wiszniewskiego daje jasny obraz

Wprawdzie od chwili podniesienia myśli téj przez śp. Dietla bezsprzecznie dużo się zrobiło, w każdym jednak razie dużo jeszcze do zrobienia pozostaje. W tym kierunku dość przypomnieć, ile to dzięki natarczywym reklamom przychodzi do nas z zagranicy soli, ługów itd. z krzywdą wielką dla bogactwa krajowego, z krzywdą materyjalną dla kieszeni pacyjentów, nie zrównoważoną wcale pożądanym rezultatem leczniczym. Sami zarzuceni jesteśmy całą masą tych reklam, a czytając przeważnie balneoterapije obce i uleglszy ich wpływom, zapominamy nieraz, że w kraju naszym, względnie w Państwie austryjackiém, mamy dzielnie reprezentowane wszystkie prawie gatunki wód mineralnych, nie jedne składnikami swemi przewyższające zagraniczne, a mimo to sami nieraz nie staramy się im wyrobić prawa obywatelstwa. Że stan taki jest, przyznać musimy, a starania wspólne w tym kierunku są naszym obowiązkiem i ze względu na chorych i ze stanowiska kraju naszego i Państwa, którego obywatelami jesteśmy.

Na podstawie tych motywów uchwalone wnioski są następujące:

1) Z uwagi małego uwzględniania innych literatur obcych z wyjątkiem niemieckiéj, Tow. lek. krak. wypowiada zasadę, że pożądaną jest rzeczą czyto przy pisaniu prac, czyto w podawaniu referatów czytéż w tłumaczeniach uwzględniać więcéj niż dotąd, obok literatury niemieckiéj, i piśmiennictwo innych narodów.

2) W obec ukazania się *Archive slave* i ułatwienia tą drogą zapoznania świata naukowego francuzkiego z pracami polskiemi Tow. lek. krak. wybiera stałą komisyję podobnie jak dla roczników Virchowa i Hirscha, któraby do wspomnianego czasopisma referaty z prac polskich przesyłała. Do komisyi téj wybrano koll. Blumenstoka, Kopffa i Kwaśnickiego.

3) Uwzględniając, że ogłaszając prace w języku niemieckim jako obywatele Państwa austryjackiego w pierwszéj linii powinniśmy uwzględniać czasopisma w monarchii wychodzące, Tow. lek. krak. przyjmuje to za zasadę nie kładąc tamy zupełnie w posyłaniu prac do pism zagranicznych z uwagi, że nie wszystkie gałęzie wiedzy naszéj przez odpowiednie fachowe organa w Austryi są reprezentowane.

4) Tow. lek. krak. w myśl dotychczasowéj działalności przez śp. Dietla już podniesionéj uznaje zasadę, że obowiązkiem naszym jest, aby każdy z nas mając równorzędny czynnik leczniczy czyto w wysyłaniu do miejsc kąpielowych wód mineralnych, soli, ługów, wyciągów itd. w kraju naszym względnie w krajach wskład monarchii austryjackiéj wchodzących dał mu pierwszeństwo przed takim samym zagranicznym.

5) Lekarze wysyłający chorych do zdrojowisk zagranicznych winni przedewszystkiem, o ile to będzie z równym pożytkiem dla chorych, oddawać ich pod opiekę lekarzy rodaków.

6) Aby poprzeć przemysł krajowy względnie przemysł monarchii austryjackiéj, Tow. lek. krak. uznaje za potrzebne popieranie wyrobów krajowych jak narzędzi, preparatów leczniczych itd., o ile takowe będą równéj dobroci i ceny z zagranicznemi.

Aby skuteczniéj w tym kierunku działać:

1. Tow. lek. krak. w myśl wniosku kol. Korczyńskiego ustanawia komisyję do ochrony i popierania przemysłu krajowego w zakresie przetworów i wyrobów w praktyce lekarskiéj używanych.

2. Zadaniem komisyi będzie wyszukiwanie, ocenianie, utrzymywanie w ewidencyi i popieranie tych krajowych przetworów chemicznych, aptekarskich i dyjetetycznych, narzędzi dyjagnostycznych i leczniczych, przyrządów opatrunkowych i do pielęgnowania chorych służących, które przez komisyję zostaną uznane jako dobre i celowi odpowiednie. Wszelkie leki o nieznanym składzie chemicznym, jak nie mniéj wszelkie tak zwane środki uniwersalne są stanowczo wykluczone.

3. Komisyja wybrana na lat 3 składa tak samo jak i inne komisyje Tow. lek. sprawozdanie na dorocznem posiedzeniu administracyjnem, a po 3 latach złoży ogólne sprawozdanie, od którego zależeć będzie dalszy wybór komisyi lub jéj rozwiązanie.

4. Komisyja składać się będzie z 7 członków czynnych Tow. lek. krak., którzy z pośród siebie wybierają przewodniczącego, zastępcę tegoż i sekretarza. Po ustąpieniu którego z członków, Tow. lek. wybiera na jego miejsce innego członka na propozycyję komisyi.

5. Komisyja stanowić będzie rodzaj stałego biòra, w którém jednoczyć się będą wszystkie sprawy przemysłu krajowego dotyczące. Ocenianiem przyrządów lub przetworów zajmować się będą specyjaliści bądźto w łonie saméj komisyi bądź też członkowie Tow. lek. krak. do komisyi nienależący, a nawet specyjaliści z poza Tow. lek. krak. przez komisyję uproszeni.

6. Tow. lek. krak. ponosi wydatki kancelaryjne komisyi.

7. Komisyja ma prawo porozumiewania się z przedsiębiorcami i fabrykantami i informowania się wszechstronnego, każdą jednak ocenę przetworu lub wyrobu leczniczego poddaje pod uchwałę Tow. lek. Tylko na podstawie uchwały Tow. lek. prezes Tow. lek. krak. w porozumieniu z przewodniczącym komisyi wydawać może poświadczenia o użyteczności jakiegokolwiek wyrobu lub przetworu a Tow. lek. krak. wybierze sposób, w jaki przetwór oceniony popierać należy.

Do komisyi téj wybrano koll. Cybulskiego, Gluzińskiego, Jaworskiego, Łazarskiego, Korczyńskiego, Mikulicza i Obalińskiego.

Kraków. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza. 1886.

SPRAWOZDANIE KOMISYI
wybranéj do roztrząsania wniosków prof. Korczyńskiego i doc. Gluzińskiego.

Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 3 lutego na wniosek kolegi Gluzińskiego wybrano Komisyję, któraby się zastanowiła i zdała sprawę: 1) czy i w jaki sposób należałoby postępować, aby uniknąć za jednostronnego wpływu literatury niemieckiéj; 2) czy i w jaki sposób byłoby możliwe bez szkody dla chorych i nauki ograniczenie sprowadzania z zagranicy, a zwłaszcza z Prus, pewnych przetworów leczniczych, narzędzi itd., a podniesienie tém samém własnego przemysłu. W skład téj Komisyi weszli koll. Blumenstok, Gluziński, Jaworski, Korczyński, Łazarski, Obaliński, Ściborowski.

Téj saméj Komisyi przekazano następnie wniosek kol. Korczyńskiego, który opiewał: Tow. lek. krak. uznając potrzebę wzięcia w opiekę przemysłu krajowego na polu lecznictwa wznawia istniejącą poprzednio w Tow. lek. Komisyję stałą dla popierania i ochrony przemysłu krajowego. Zadaniem téj Komisyi będzie wyszukiwanie, ocenianie, utrzymywanie w ciągłéj ewidencyi i popieranie tych krajowych przetworów chemicznych, aptekarskich, dyjetetycznych, narzędzi dyjagnostycznych i leczniczych, przyrządów opatrunkowych i do pielęgnowania chorych służących, które przez Komisyję zostaną uznane jako dobre i celowi odpowiednie. Z pod opieki Komisyi wykluczone są stanowczo wszelkie środki lecznicze tajemne i tak zwane uniwersalne.

Wśród dyskusyi nad tym wnioskiem do Komisyi weszli koll. Rosner, prezes Tow., Mikulicz, zastępca prezesa, Zarewicz skarbnik i Grabowski.

Komisyja ukonstytuowała się obierając przewodniczącym kol. Blumenstoka, zastępcą tegoż kol. Obalińskiego, a kol. Gluzińskiego sekretarzem i sprawozdawcą w obec Tow. lek.

Na posiedzeniach Tow. lek. w d. 3 i 17 marca i 7 kwietnia przedłożył kol. Gluziński następujące sprawozdanie Komisyi, które postanowieniem Tow. lek. w uchwałę zamienione zostało.

Komisyja w pierwszym rzędzie zastanowiła się nad pytaniem: Czy w zasadzie wnioski uczynione są usprawiedliwione? — aby z odpowiedzi na to pytanie określić podstawę, na jakiéj ma się toczyć dalsza dyskusyja. Komisyja wyszła z założenia, że obowiązkiem każdego społeczeństwa, a więc i pojedynczéj warstwy takowego, jest starać się o dobro kraju, starać się poznać w tym kierunku swe strony ujemne, a następnie w miarę możności usuwać takowe. Bronienie tego co własne, popieranie co swoje, dążenie do podniesienia własnych sił, staranie się w pojedynczych gałęziach zrównoważyć i dorównać w takowych innym narodom, nie może nikt wziąść za złe, nie wolno do tego przyczepić żadnéj ukrytéj myśli, boć to jest proste i najzwyklejsze spełnienie obowiązku. Nie chęć odwzajemnienia się, nie chęć bezcelowéj zemsty, lecz chęć podniesienia i poparcia spraw własnych była przewodnią myślą podjętéj pracy.

Komisyja wychodząc z punktu, że przy dobréj woli przynajmniéj większéj części ogółu da się zawsze coś dodatniego zdziałać, uznała za stósowne przejść do szczegółowszéj dyskusyi zastrzegając sobie z góry, że kierować się będzie praktycznemi względami, nie unosząc się żadnym szowinizmem, a mając na oku li obowiązki, jakie w myśl poprzedniéj zasady ciążą na nas w zakresie spraw naszych.

Dla usprawiedliwienia przyjętych poszczególnych wniosków podnieść poprzednio należy motywa, jakiemi kierowała się Komisyja przy ich proponowaniu a Tow. lek. krak. przy ich uchwaleniu.

Uderzającym jest faktem w literaturze naszéj lekarskiéj, że z biegiem lat ostatnich z całego postępu wiedzy naszéj uległa przeważnie jednemu wpływowi, tj. niemieckiemu, a mało lub prawie nic nie czerpie z prac w innych krajach się dokonywających. Już podczas studyjów uniwersyteckich, gdzie li tylko z podręczników niemieckich korzystamy uległszy temu wpływowi przenosimy go daléj, stajemy się przez to w wykształceniu naszém może za jednostronnymi ze szkodą dla nauki a nawet dla wykonawstwa praktycznego. Każdy przyzna, że tak jest, a zaradzić temu można.

Z drugiéj strony i nam chodzić powinno, aby i ten skromny przyczynek postępu, jaki sami zdobywamy, nie ginął marnie lecz dostawał się do ogólnego koryta wiedzy ludzkiéj. Niestety nie mamy podstawy do żądania, aby w naszym języku drukowane prace mogły to zadanie wypełnić. Zmuszeni jesteśmy uciekać się do obcych języków, a z tych wśród danych warunków zwykle do języka niemieckiego, jako dla nas najprzystępniejszego.

Czy jednak wśród téj konieczności postępujemy poprawnie. Prace nasze ślemy przeważnie do czasopism niemieckich po za granicą Państwa austryjackiego wychodzących i przystajemy, że prace nasze są tam traktowane po macoszemu.

Brak ogólny znajomości gruntownéj innych języków stawia tamę, aby i drogą pism w innych językach się drukujących dać poznać prace polskie. A jednak przy dobréj woli i w tych kierunkach nie jedno uczynićby można.

Pozostając na stanowisku poprzednio wygłoszoném Komisyja podniosła daléj, że obowiązkiem naszym jest uwzględniać bogactwo przyrody i przemysł nasz krajowy względnie krajów w skład monarchii austryjackiéj wchodzących.

mięszaniny i niejasności pojęć o dyfteryi i jéj leczeniu (tamże str. 241).

Z metodą leczniczą kol. Wiszniewskiego można się łatwo pogodzić, jeżeli tylko usunie się chloran potasowy podawany wewnętrznie, a podawanie lodu i nie tak forsowne (co ¼ godziny) ograniczy do pierwszych dni przebiegu dyfteryi czyli okresu jéj rozwojowego, a również zwracać się będzie baczną uwagę, aby lód był doborowy, zupełnie czysty. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Herrlich: **O ropniach podprzeponowych.**

Dotychczas zajmowano się ropniami temi bardzo mało, tylko prof. Leyden opisał grupę przypadków ropni podprzeponowych, powikłanych dostaniem się do nich powietrza. Przypadki te ujął w jeden obraz chorobowy pod nazwą *Pyopneumothorax subphrenicus* (*Zeitschr. f. klin. Medic.* T. 1, str. 320). Autor niniejszéj rozprawy obrał sobie za przedmiot wcale wdzięczny, przypadki ropni podprzeponowych niepowikłanych dostaniem się powietrza. Obserwacyje trzech przypadków tego rodzaju ropni było autorowi zachętą do téj pracy, z tych przypadków dwa skończyły się śmiercią, w jednym zabieg operacyjny uratował życie (wycięcie kilku żeber i otworzenie ropnia), jakkolwiek po bardzo ulugiém leczeniu pooperacyjném. Ropnie te stale są od góry ograniczone przeponą, od dołu i boków wątrobą, śledzioną lub wreszcie żołądkiem i jelitami pozrastanemi ze sobą i tworzącemi stałą ścianę. Przyczyną powstania w pierwszym przypadku był ropień śledziony, w drugim przebicie z powodu zropienia wieńcogłówki wątroby, w trzecim ropień stał w związku z zapaleniem otrzewny z powodu przebicia jelita, następnie ograniczeniem zapalenia i wessaniem powietrza. Tylko w drugim przypadku przypuszczano z prawdopodobieństwem ropień podprzeponowy, w dwu innych rozpoznano zapalenie opłucny. Rozpoznanie tych ropni przedstawia niepospolite trudności i najczęściéj rozpoznaje się zapalenie otrzewny. Ważnym przy rozpoznawaniu jest niestosunek wywiadów do przedmiotowego obrazu choroby. Podczas gdy chory w wywiadach zwraca uwagę lekarza na to, że cierpienie rozpoczęło się od przypadów ze strony narządów jamy brzusznéj (śledziona, wątroba itd.), przedmiotowo znajdują się objawy zapalenia otrzewny wypocinowego. To już powinno być wskazówką dla lekarza. W dalszym przebiegu choroby organa sąsiednie mogą być bardzo znacznie dyslokowane, co może stać w niestosunku do przypuszczalnéj ilości wypociny w opłucny i być drugą cenną wskazówką dla lekarza. Wreszcie i nakłócie próbne może nas pouczyć, że ognisko ropne znajduje się bardzo nisko, mimo, że znacznie wyżéj znajduje się stłumienie (uciśnięcie płuca i niedodma tegoż). Liczniejsze badania tego rodzaju przypadków są niezbędne dla dokładnego określenia obrazu chorobowego. (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 9, 10). *Dr. Halski.*

Prof. Billroth: **O związku wola z czynnościami psychicznemi.**

Od dawna znaną jest rzeczą, że matołki wszyscy prawie mają wól (wól jest niejako herbem matołka). Główną przyczyną matołectwa jest niedostateczny rozwój kośćca a szczególnie czaszki, wynikający z zawczesnego skostnienia kości klinowéj i kości potylicznéj. Czaszka bowiem nie mogąc się powiększać stawia tamę rozwojowi mózgu, co znów wywiera niekorzystny wpływ na rozrost reszty kośćca. Matołki są wzrostu małego, mają głowę niestosunkowo wielką, nie mogą wcale mówić, albo też mówią niewyraźnie, a w ogólności cała ich sprawa myślenia odbywa się nadzwyczaj powoli. Ta właśnie ostatnia okoliczność jest zwykle powodem ich częstego przejechania. Nim bowiem matołek zdoła się namyśleć i ustąpić z drogi, przejeżdża wóz po jego kościach. O ile wół u matołka zostaje w związku z upośledzeniem czynności psychicznych, trudno rozstrzygnąć. Wiadomo bowiem, że nieraz u człowieka ze zupełnie dobrze rowiniętemi władzami duszy i ciała może wól powstać. Jakkolwiek z tego wynika, że powyższy związek nie jest bezwzględnie koniecznym, to przecież przypuścić można, że wczesne rozwinięcie się wielkiego wola może mieć wpływ na rozwój naczyń w mózgu, a mianowicie rozszerzenie żył w powiększonym gruczole tarczykowym posunąć się może aż do żył mózgu i w ten sposób wpłynąć niekorzystnie na krążenie krwi w mózgowiu. W obec tego możebną jest rzeczą, że wól rozwijający się szybko w pierwszych latach życia może dać powód do powstania matołectwa. Fizyjologicznéj czynności gruczołu tarczykowego nie zdolano dotychczas odgadnąć mimo licznych badań, przedsięwziętych w tym kierunku. Wycięcie gruczołów tarczykowych u młodych piesków lub kotków pociąga za sobą zwykle ich śmierć. Za bezpośrednią przyczynę śmierci uważano jednak powszechnie sam zabieg operacyjny. Zwierzęta starsze natomiast traciły po wycięciu gruczołów tarczykowych pierwotną swą wesołość i spały bardzo wiele. Z tego też względu nazwano gruczoł tarczykowy gruczołem sennym. Schiff tłumaczył tę wielką ospałość zwierząt zboczeniem w krążeniu krwi w mózgu. Równoczesne wycięcie gruczołów tarczykowych i śledziony zabijało szybko zwierzęta. Doświadczeniom tym nie przypisywano jednak z początku większego znaczenia. Dopiero gdy przekonano się, że u osób młodych po wyłuszczeniu znacznego wola pojawiają się zboczenia w czynności mózgu, a nawet zaburzenia w rozwoju całego kośćca, zwrócono pilniejszą uwagę na powyższe doświadczenia. Kocher, który u wielu dzieci dokonał wyłuszczenia wola, zauważył, że dzieci takie nie rozwijają się późniéj ani cieleśnie ani umysłowo i że pojawiają się zboczenia, które odnieść należy niewątpliwie do zaburzeń w odżywieniu mózgu. Jakiego rodzaju są te zaburzenia, trudno bliżéj określić. (*Allgem. Wien. med. Ztg.*, 1886, Nr. 14).

(W zakładzie fizyjologicznym prof. Cybulskiego zajmuję się już od dłuższego czasu badaniem czynności gruczołu tarczykowego, a otrzymane wyniki wkrótce ogłoszone zostaną, przy któréjto sposobności omówić zamierzam szczegółowo ciekawą tę kwestyję). *(Przyp. ref.). Dr. Prus.*

A. Baker i J. Story: **Kiła dziedziczna; zmiany zębów i rozlane miąższowe zapalenie rogówki.**

Autorowie spostrzegali 55 przypadków tego rodzaju zapalenia rogówki. Dwa z tych przypadków nie odpowiadały w zupełności zwykłemu obrazowi cierpienia a zęby były prawidłowe. W 38 przypadkach stwierdzono zmiany zębów podane przez Hutchinsona, a w 3ch przypadkach była ich postać wątpliwa, w 7 były zęby prawidłowe, w 7 wreszcie nic o nich nie zapisano. W 75% zatém przypadków cierpienia rogówki były zmiany zębów, co stwierdza przypuszczenie, że zmiany zębów i rogówki są skutkiem przyczyny wspólnéj. Wpływ kiły na wywołanie zapalenia rogówki zdołano wykazać w 41% z górą. Chorzy mieli między 5 a 25 lat życia. Chłopców i dziewcząt było po 24. Autorowie wyprowadzają wniosek, że kiła dziedziczna jest najważniejszą przyczyną miąższowego zapalenia rogówki, tudzież, że uciekać się należy do leczenia przeciwkiłowego nawet w tych przypadkach, w których nie można wykryć śladów kiły. (Rozumie się do przetworów jodu. Przypisek Sprawozdawcy Przeglądu Lek.). (*Ophthalmic Review*, 1885, str. 321). *Dr. Rydel.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IX zwyczajne naukowe posiedzenie d. 7 listopada 1885 r.

Obecni: Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 27.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

b) W dyskusyi nad przypadkami wpochwienia przedstawionemi przez kol. Schattauera zapytuje kol. Bylicki, czy dużo znanych jest podobnych przypadków laparatomii z powodu wpochwienia u dzieci i jaki skutek téj operacyi. Kol. Schattauer odpowiada, że o ile czytał, jest znanych takich przypadków u dzieci 29, z tych w 18tu usunięto wpochwienie przez odciągnięcie, a u reszty robiono enterotomiję i z tych większa część umarła. Radzi w ogóle w tych przypadkach przystępować do operacyi jak najrychléj. W pierwszéj dobie z 18 chorych operowanych ozdrowiało 5, reszta zaś 13 operowanych późniéj poumierała po enterotomii. Robił sam 5 takich operacyj u dzieci (w tamtych 29 nie są one wliczone). U dorosłych wpochwienie często leczy się samo, nekrotyczny kawałek kiszki odpada, a reszta się goi. U dzieci zwykle przebieg jest ostry, u dorosłych przewłoczny. Czasem powstaje u dorosłych chroniczna niedrożność jelit z powodu zwężeń, co i u dzieci po nad 2 lat liczących także się po zagojeniu zdarza, lecz potém do 80% z powodu zwężeń i niedrożności jelit umiera. W ogóle u dzieci w 1 roku życia bardzo często powstaje wpochwienie i dzieci umierają zwykle albo w skutek zapadu albo porażenia kiszek. W obec wpochwienia kiszek grubych nie radzi zaraz przystępować do operacyi, albowiem często bardzo po zastósowaniu monstrualnych lawatyw, wdmuchiwań powietrza itp. wpochwienie ustępuje. Niekiedy przyczyniają się do dezinwaginacyi i inne sposoby mechaniczne, jak mu się to zdarzyło, że raz zgłębnik z tamponem z waty wprowadzony do jelita wpochwionego przyczynił się do ustąpienia wpochwienia, drugi raz znowu mięsienie brzucha dziecka trzymanego nogami do góry przyczyniło się również do dezinwaginacyi, ze środkami jednak temi trzeba być ostrożnym, aby nie nadwyrężyć kiszek (jak się to zdarzyło np. u Widerhofera) lub nie wywołać zap. otrzewny itp. Gdy środki mechaniczne kilkakrotnie stósowane nie pomagają, wtedy trzeba robić laparatomiję, bo gdy już bębnica (za 1—2 dni) wystąpi, to daleko trudniéj operacyję wykonać i wyszukać wpochwienie, a jeszcze trudniéj wprowadzić kiszki napowrót do brzucha. Co do *invaginatio ileo-coecalis*, jaka najczęściéj się zdarza i jaka tu właśnie była w opisanym przypadku, to sądzi, że środki mechaniczne zdaje się nie mogą tak daleko sięgnąć, przeto zaleca raczéj operacyję niż zabiegi mechaniczne. — Kol. Ziębicki oświadcza, że w przytoczonym przypadku wynik operacyjny jest świetny, że zaś statystyczne wyniki są tak smutne w takich przypadkach, przypisać chyba należy, że albo późno wzywa się lekarza do takich chorych, albo że lekarze przy naradzie robią trudności nie mogąc się prędko oświadczyć za operacyjném leczeniem, albo wreszcie że się rodzina chorego zwykle sprzeciwia operacyi. Przy téj sposobności zapytuje kol. Schattauera, dla czego u opisanego chorego dziecka sprzeciwiał się z początku operacyi jako chirurg, podczas gdy kol. Kniaziołucki, choć nie chirurg, był od początku za operacyją. — Kol. Schattauer odpowiada, że dziecko chore dość dobrze jeszcze stosunkowo się miało, że był wprawdzie wyczuwalny guz i objawy wpochwienia, lecz sądził, że wpochwienie jest w kiszkach grubych i że je można będzie środkami mechanicznemi usunąć, tymczasem podczas gdy się naradzano nad chorém dzieckiem w drugim pokoju, dziecko dostało bólów, i gdy wrócili do niego, stwierdzili, że guz się powiększył, że więc nie ma co myśleć o odprowadzeniu w inny sposób, tylko za pomocą operacyi i wtedy zgodził się na operacyję. — Kol. Ed. Sawicki zapytuje, co wywołało wpochwienie, czy nie było przedtém jakiego cierpienia przewodu pokarmowego itp., ażeby można w przyszłości zapobiedz wystąpieniu tak groźnego stanu, jakim jest wpochwienie. — Kol. Schattauer odpowiada, że operatorowie znajdują niekiedy warunki usposabiające do powstania wpochwienia, jak np. za długą przyokrężną krezkę, co i w przytoczonym przypadku stwierdzono; otóż w takich razach przyśpieszony ruch robaczkowy może wywołać wpochwienie. Zaburzenia więc przewodu pokarmowego i warunki w ogóle przyspieszające ruch robaczkowy i skurcz jelit, nadto obrzęk błony śluzowéj mogą się przyczynić śród danych warunków do łatwiejszego powstania wpochwienia. Zaradzić temu naprzód trudno, bo o tém nie można wiedzieć, czy są warunki mogące sprzyjać rozwojowi wpochwienia. Oprócz tego usposobiło zdaje się i tu w opisanym przypadku do powstania wpochwienia, że kiszki cienkie (biodrowe) były skurczone, a grube (okrężnica) rozszerzone. — Kol. Ziębicki zauważa jeszcze, że czasem i u dorosłych zdarza się wpochwienie, lecz nie daje takich wyraźnych objawów, jak w opisanym przypadku, miał bowiem sam równocześnie z kol. Schattaurem chorego, u którego była niedrożność jelita, ale objawów wpochwienia nie było, guza żadnego nie można było wybadać, a sekcyja stwierdziła wpochwienie. Do uwag zaś kol. Schattauera w odpowiedzi na pytanie kol. Ed. Sawickiego dodaje, że niekiedy przyczyną wpochwienia u dzieci są robaki. — Kol. Kniaziołucki oświadcza, że u dzieci przy wpochwieniu zawsze jest widoczny i namacalny guz, czego może u dorosłych nie ma. — Kol. Schattauer zaś potwierdza, że u dorosłych rozpoznanie wpochwienia i jego umiejscowienia jest niekiedy bardzo trudném, zdarza się bowiem najpierwszym operatorom, że robią laparotomiję w celu usunięcia wpochwienia, ale nie znajdują żadnego wpochwienia. Co do smutnych wyników statystycznych wpochwienia u dorosłych po operacyi, mniema, że składają się na to różne okoliczności, jak np. że u dorosłych robi się operacyję dopiero w ostateczności, kiedy chory już jest mocno osłabiony i ledwie operacyję wytrzymać może, a potém wkrótce umiera. Interniści powinni więc doradzać prędko do operacyi jako jedynego środka pewnego, jak to czynią w Anglii, to też skuteczność operacyi przy wpochwieniach stwierdza tamże wyższy znacznie procent ocalonych niż gdziekolwiek indziéj.

Dr. Wiktor.

VI. 15 Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

Tegoroczny Zjazd odbył się w d. 7—10 bm. śród nader żywego udziału chirurgów niemieckich i zagranicznych. Wprawdzie dotychczasowy przewodniczący Langenbeck, złożony niemocą, nie był obecny, nie było także Billrotha, i Bardelebena, zresztą przybyli prawie wszyscy chirurdzy niemieccy, nadto wielu zagranicznych, z Austryi, Holandyi, Szwecyi, Rosyi i Szwajcaryi; z Polaków pojawili się Rydygier, Kolaczek i Mikulicz. Przewodniczył tym razem tyle zasłużony koło chirurgii nowoczesnéj Volkmann z Hali. O obfitości materyjału świadczy, że zgłoszono około 50 większych wykładów i demonstracyj, a nadto na porządku dziennym była dyskusyja obszerna o operacyjach kamienia pęcherzowego. Zachowując sobie na późniéj sprawozdanie z ważniejszych rezultatów Zjazdu, poprzestajemy na teraz na kilku uwagach.

Z wykładów, mianych dnia pierwszego, najważniejsze były Rosenbacha z Gietyngi i Landerera z Lipska. Pierwszy, któremu jak wiadomo zawdzięczamy ważne prace o kokach ropy, zrobił odkrycie ważne dla etyjologii tężca udało mu się bowiem przeszczepić tę chorobę z człowieka, tj. z części rany, która tężec była za sobą pociągnęła, na myszy i króliki. Przez dalsze szczepienie i hodowle czyste wykazał następnie delikatny laseczník, który według wszelkiego prawdopodobieństwa pozostaje w związku przyczynowym z tężcem. Jest to ten sam laseczník, który Nicolaier przed 2 laty wykrył w tężcu, wywołanym u królików i świnek morskich przez wszczepienia ziemi ogrodowéj. Laseczník ten i z tego powodu wielce zasługuje na uwagę, ponieważ najprawdopodobniéj zjawia się nie samodzielnie, lecz w towarzystwie zwykłego laseczníka zgnilizny, a więc niejako jako pasorzyt ostatniego. Fakt ten zdołałby wytłumaczyć dużo szczegółów, które dotąd były zagadkowemi w etyjologii téj najmłodszéj choroby zakaźnéj.

Landerer proponuje, aby w niedokrewności ostréj zamiast rozczynu soli kuchennéj, ktory według doświadczeń czynionych w klinikach wiedeńskiéj i krakowskiéj nie daje

rezultatu pożądanego, wstrzykiwano do systemu naczyniowego rozczyn cukru. Jeżeli znów nie mamy do czynienia ze złudzeniem, w jakie niestety obfituje nauka o transfuzyi, wstrzykiwanie cukru miałoby nadzieję powodzenia.

Z wykładów, które miały miejsce drugiego dnia, wspomnieć należy o wykładzie Trendelenburga: O leczeniu *ectopiae vesicae*, Lauensteina: O usuwaniu kamyków nerkowych za pomocą operacyi, o Wagnera i Loebkera zajmujących przyczynkach do nauki o złamaniach i zwichnieniach, a zwłaszcza o wykładzie Czernego połączonym z demonstracyjami o neuropatycznych schorzeniach stawów. Wykład ten wzbudził ożywioną i pouczającą dyskusyję. Tego samego dnia poruszono kwestyję rękoczynów podejmowanych celem usunięcia kamieni pęcherzowych. W ożywionéj dyskusyi pod przewodnictwem Königa brali udział Roser, Schulz, Ebermann (z Petersburga), Volkmann i cały szereg innych chirurgów, jednak z wyjątkiem kilku szczegółów odnoszących się do tz. cięcia wysokiego dodatni wynik téj dyskusyi był bez doniosłego znaczenia. Operujący w Niemczech nie mają sposobności widzieć wiele przypadków kamieni pęcherzowych we własnym kraju, to téż doświadczenia ich są w téj sprawie nie wielkie. Wyrok wydany przed półtora rokiem przez Volkmanna, Bergmanna, Königa i innych na tz. litolopaksyję starali się ci autorowie ostrożnie zmienić, nabrali bowiem przekonania, że o operacyi, któréj się samemu nie robiło, a którą zna się jedynie z opowiadania, nie można łatwo sądzić. Na chwałę Zjazdu niniejszego nadmienić należy, że większa część mowców wyrażała się przychylnie o téj operacyi. Dyskusyja nad operacyjami wykonywanemi na pęcherzu moczowym zajęła jeszcze część trzeciego dnia posiedzeń, wśród których mówili jeszcze: Biondi (z Neapolu): o etyjologii wargi zajęczéj; w dyskusyi nad tym przedmiotem zabierał głos Albrecht (z Brukseli) i inni; Israel: o wieńcogłówce i aktinomykozie płuc; Landerer: o mięsieniu w przypadkach skrzywień stosu kręgowego; Mikulicz: o operacyi otoku ropnego jamy Highmora i o wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj [1]), Küster: o wyłuszczeniu stawu kolanowego i o obcięciu prącia, Albrecht: o morfologicznéj wartości nadliczbowych palców u rąk i u nóg, Gutsch: o rozszerzeniu wskazań dla operacyi stopy według metody Mikulicza, Schede: o leczeniu ran za pośrednictwem skrzepów krwi.

Sławny szwajcarski chirurg Kocher, znany ze swych doświadczeń nad operacyją wola, nie mógł z powodu pewnych przeszkód mieć zapowiedzianego wykładu o charłactwie po odjęciu wola. W końcu postanowiono na wniosek Schönborna i Mikulicza poddać w roku przyszłym wyczerpującéj dyskusyi temat o operacyjném leczeniu niedrożności jelit, pęknięcia jelita i zapalenia otrzewny. *M.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera**. Według wykazów urzędowych od 15 lutego do 15 marca zdarzyły się we Włoszech przypadki cholery: w prowincyi weneckiéj 19, w paduańskiéj 13, trewizańskiéj 3, w Rovigo 5. Następnie wybuchła cholera w Bretanii, a mianowicie w miejscowości Trébont, gdzie w ciągu tygodnia od 23 do 29 marca było 30 przypadków, wreszcie zdarzyły się także przypadki w Biskai (w Hiszpanii).

[1]) Obydwa te wykłady są nam już znane, jeden z rozprawy tegoż autora ogłoszonéj pod tym samym tytułem w Przeglądzie Lekarskim Nr. 1 r. b., drugi stanowił temat wykładu mianego przez autora dnia 17 lutego b. r. w Towarzystwie lek. krak.

* W sprawie szczepienia wścieklizny. Książę Karol Teodor bawarski udaje się do Paryża, celem poznania postępowania Pasteura; towarzyszyć mu będzie Małżonka, która asystuje mu zwykle przy operacyjach.—W tym samym celu udaje się do Paryża Dr. Ledderhose, 1szy asystent kliniki chirurgicznéj w Strasburgu, delegowany przez Rząd alzacki.

○ Higijeniczny stan zdrojowisk. W połowie marca r. b. odbył się w Berlinie balneologiczny Kongres lekarzy zdrojowych, na którym między innemi poruszył Brehmer sprawę urządzeń higijenicznych w zdrojowiskach. Obecni przyznali, że obowiązkiem i rzeczą honoru zarządów zdrojowych jest starać się, aby goście szukający wyleczenia w zdrojowiskach nie nabawiali się przez niewygody i zdrożności higijeniczne nowych chorób i cierpień, zamiast pozbyć się dawnych, zwrócono atoli uwagę na trudności, z któremi ma do walczenia lekarz w dążeniu swém do poprawy tych stosunków, zwłaszcza że i inne wielkie ciężary ciążą na gminach. Postanowiono (jak już raz poprzednio) zbierać materyjały w tym kierunku i dopiero sprawę rozpatrzeć.

* W sprawie palenia zwłok. Parlament francuski uchwalił 323 głosami przeciw 180 wolność palenia zwłok. — W Gocie odbyło się d. 30 marca po raz 320 spalenie zwłok.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 marca do 3 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,4. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 3 duru osutkowego, 1 róży. W tygodniu od 21—27 marca umarło z ospy: w Warszawie i Brukseli po 2, w Wiedniu 7, w Budapeszcie 13, w Pradze 4, w Rzymie 6, w Zurychu 3, w Paryżu 7. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 6. Z duru osutkowego umarło w Pradze i Odesie po 3, w Stokholmie 1. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 8, w Paryżu 16, w Londynie 12, w Petersburgu 25. Z odry umarło w Rzymie 30, w Paryżu 30, w Londynie 40. Z płonicy umarło w Petersburgu 19, w Paryżu 13. Z błonicy umarło w Berlinie 35, w Paryżu 34, w Londynie 24, w Petersburgu 15.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 45,4; w Brodach 32,8; w Drohobyczu 63,5; w Kołomyi 45,4; w Przemyślu 38,0; w Stanisławowie 25,4; w Tarnopolu 36,6; w Tarnowie 34,1; w Warszawie 31,7; w Poznaniu 23,7; w Czerniowcach 64,3; w Wiedniu 33,2; w Lincu 42,3; w Salcburgu 34,6; w Gracu 36,5; w Tryjeście 39,3; w Insbruku 30,1; w Pradze 51,5; w Bernie 39,0; w Ołomuńcu 41,7; w Opawie 32,6; w Budapeszcie 41,4; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 31,3; w Bazylei 23,7; w Brukseli 29,8; w Chrystyjanii 17.0; w Genewie 40,4; w Kopenhadze 22,5; w Londynie 26,9; w Odesie 34,5; w Paryżu 31,1; w Petersburgu 36,1; w Rzymie 36,0; w Stokholmie 29,1; w Wenecyi 39,7; w Zurychu 33,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 kwietnia. Z dniem dzisiejszym kończy się półrocze zimowe w Uniw.: wpisy na półrocze letnie rozpoczynają się d. 22 bm. i trwają do d. 7 maja.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowna Redakcyjo! Upraszam o łaskawe zamieszczenie w najbliższym numerze Przeglądu Lek. następującego ustępu:

Szanownych pp. Kolegów zbierających podpisy na petycyję do Rady Państwa w sprawie podwyższenia taksy za czynności sądowolekarskie, upraszam najuprzejmiéj, aby przy przesyłaniu arkuszów subskrypcyjnych z jednéj miejscowości do drugiéj, czy to w tym samym powiecie, czy téż do obcego powiatu, arkusz ten raczyli zawsze przesyłać w liście rekomendowanym, a to dla tego, aby arkusz nie zaginął, jak to już w dwu wypadkach miało miejsce. Jestto tém bardziéj wskazaném, ile że jeden arkusz przeznaczonym jest dla 8—11 powiatów. Nadto panów kolegów lekarzów powiatowych upraszam, aby po zebraniu podpisów i odesłaniu arkusza do wskazanego im powiatu, raczyli

mię zawsze o tém zawiadomić korespondentką, a to celem zachowania czucia, gdzie się arkusze subskrypcyjne znajdują.

Rzeszów 10 kwietnia 1886. *Dr. J. Barzycki.*

W *Tygodniku Rzeszowskim* Dr. Barzycki ogłasza szereg artykułów w téj saméj sprawie; uwagi jego nad taryfą dotąd obowiązującą są trafne, szkoda tylko, że umieszczone w piśmie prowincyjonalném i to polskiém nie dojdą do wiadomości sfer powołanych do ułożenia taryfy nowéj.

* **Warszawa.** Inspektor lek. gub. kieleckiéj Dr. Marceli Lewiński przeniesiony został na posadę inspektora gub. warszawskiéj, a lekarz powiatu pińczowskiego Dr. Felicyjan Michniewicz mianowany został inspektorem lek. gub. kieleckiéj (*Gaz. Lek.*)

* **Sofija.** Dr. Langenbuch powołany tu został przez księcia Aleksandra celem zreformowania departamentu spraw lekarskich w Bułgaryi.

○ **Paryż.** Od 18—24 października r. b. odbędzie się tu drugi Zjazd chirurgów francuskich.

Towarzystwo chirurgiczne paryskie przyznało nagrodę Laborie Lagrangeowi, profesorowi Wydz. w Bordeaux za jego rozprawę o wartości terapeutycznéj naciągania nerwów.

* **Berlin.** Bawi tu dziekan wydziału lekarskiego z Tokio w Japonii, Dr. H. Miyaki, wysłany przez rząd swój celem studyjowania urządzeń lekarskich.

○ **Haarlem.** Tutejsze Towarzystwo naukowe ogłosiło konkurs o złoty medal i nagrodę 400 złr. za najlepszą rozprawę o badaniach Pasteura. Rozprawy, które mogą być także w języku angielskim, należy nadesłać po koniec marca 1887 r.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Ateny.** Dr. Delyanni mianowany został profesorem kliniki lekarskiéj. — **Heidelberg.** Docent prywatny fizyjologii Dr. Steiner mianowany profesorem nadzw. — **Królewiec.** Prof. Neumann obchodził temi dniami 60-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego. — **Londyn.** Dr. Urban Pritchard mianowany został profesorem otyjatryi w Kings College. — **Lille.** Dr. Dubar mianowany profesorem chirurgii. — **Praga czeska.** Dr. Franciszek Mares potwierdzony został jako docent fizyjologii a Dr. Wacław Rubeska jako docent ginekologii i położnictwa w Wydziale lek. czeskim.

* **Odznaczenie.** Starszy lekarz sztabowy 1éj kl. i b. szef sanitarny w Budapeszcie, Dr. Konstanty Heumann otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl. w uznaniu zasług długoletnich.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Natan Feliks-Glicksmann z Działoszyc w Król. Polskiém, Stanisław Grzybczyk z Wielkich Piasków w Galicyi, Salomon Gross z Krakowa, Stanisław Lech z Krakowa i Henryk Szymański z Działoszyc w Król. Polskiém.

* **Nekrologija.** Zmarły w Moskwie prof. chirurgii Woroncowski przeznaczył testamentem 24.000 rubli na stypendyja a 10.000 rubli na założenie biblijoteki przy klinikach Wydziału lekarskiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 15: Dobrzyckiego: Sławuta, sprawozdanie za r. 1885 (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Obrzuta: Przyczynek do nauki o komórkach olbrzymich gruźliczych (c. d.); Modrzejewskiego: O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha środkowego (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. K. SZADEK (z Kijowa): Leucoderma syphiliticum. (Odbitka z „Gazety Lek." 1885) in 8vo str. 17.

Tenże: Przyczynek do kazuistyki przymiotowego cierpienia przyjądrza. (Odbitka z „Gazety Lek." 1886) in 8vo str. 10.

Bericht über die Thätigkeit des Prager städt. Gesundheitsrathes n J. 1884, erstattet von Prof. Dr. V. Janovský, Krankenhausdirector Dr. Ig. Pelc und Stadtphysicus Dr. H. Záhoř. Prag 1886 in 8vo m. str. 76.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 kwietnia o godzinie 6téj wieczór w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwykłe, na którém: 1) kol. doc. Pieniążek mówić będzie o postępowaniu w obec zwężeń po tracheotomii w przebiegu krupu, 2) kol. prof. Adamkiewicz mówić będzie o nowym sposobie znieczulenia miejscowego i leczenia newralgii, 3) kol. Jan Rosner opisze przypadek uleczenia torbiela jajnikowego przez nakłucie, obserwowany w oddziale szpitalnym prof. Madurowicza.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Sprawozdanie z wniosków prof. Korczyńskiego i doc. Gluzińskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 24 kwietnia 1886. **№ 17.** Rok XXV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przypadek przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowéj (*Hernia properitonealis*).

Podał **Dr. Rudolf Trzebicky**,
asystent téjże kliniki.

Od czasu gdy Krönlein zaznajomił nas z przepukliną przedotrzewnową (*Hernia properitonealis)* jako osobną odmianą przepuklin, co chwila pojawiają się nowe spostrzeżenia kazuistyczne, tak, że dziś już posiadamy wcale pokaźną literaturę dotyczącą tego przedmiotu. Nie mniéj jednak przypadek, którego historyję choroby poniżéj podamy, może wzbudzić zajęcie szerszego koła, gdyż pod niejednym względem zbacza od typowego obrazu przepukliny przedotrzewnowéj skreślonego przez Krönleina *(Herniologische Beobachtungen. Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 19 i *Weitere Mittheilungen über die Hernia inguino-properitonealis*, tamże, T. 25).

J. D., mężczyzna, lat 20 liczący, z Rzeszowa, pochodzi z rodziny zdrowéj i nigdy przedtém ciężko nie chorował. Rodzice pacyjenta nie umieją podać, czy zaraz po jego urodzeniu zauważyli oba jądra w worku mosznowym lub też nie, chory zaś sam nie przypomina sobie, żeby kiedyś dawniéj posiadał tylko jedno jądro, twierdzi jednak stanowczo że odkąd zapamiętać może, prawe jądro stale było nieco obrzękłe. Przed 2ma laty nabawił się bez znanéj przyczyny przepukliny pachwinowéj prawéj, którą zawezwany lekarz z łatwością do jamy brzusznéj odprowadził. Od tego czasu pacyjent nosił pasek, który zapobiegał dokładnie ponownemu wypadnięciu przepukliny.

29go grudnia z. r. doznał pacyjent nagle bez jakiéjkolwiek znanéj przyczyny nader silnych bólów w brzuchu a niebawem wystąpiły wymioty i zupełny brak stolca i wiatrów. Przez dwa dni podawano mu rozmaite środki przeczyszczające, a gdy te żadnego skutku nie odniosły, odesłano go do profesora Mikulicza w celu wykonania operacyi.

Pacyjent zgłosił się 1go stycznia br. do kliniki w stanie następującym: Indywiduum wzrostu dużego, chude, twarz zapadła każe domyślać się dość gwałtownych bólów. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch miernie wzdęty, przy ucisku bolesny. Obrzęku żadnego, ani téż wolnéj wypociny wykazać w nim nie można. Okolica ponad prawém więzadłem Pouparta aż do przedniego górnego kolca kości biodrowéj nieco twardsza stawia przy uciskaniu większy opór niż części sąsiednie, a odgłos wypukowy wszędzie zresztą bębenkowy w tém miejscu jest stłumiony. Kanał pachwinowy prawy otwarty, dla palca drożny, przy kaszlu nie czuć jednak uderzania przepukliny o palec. Oba jądra w prawidłowém miejscu, prawe nieco obrzmiałe, jednak niebolesne. Ciepłota prawidłowa, tętno drobne uderza 120 razy na minutę. Chory żali się na ciągłe nudności, nie wymiotuje jednak wcale.

Na podstawie tego wyniku badania, na który się zgodził w zupełności i zawezwany dla porady profesor Dr. Korczyński, nie mogło ani na chwilę ulegać wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z niedrożnością jelit, wywołaną przyczynami mechanicznemi. Zabieg operacyjny był tu więc tém bardziéj wskazany, ile że brak objawów ogólnego zapalenia otrzewny pozwalał na względnie wcale pomyślne rokowanie. Przyczyna niedrożności dokładniéj i ściśléj oznaczyć się nie dała; prof. Mikulicz przypuszczał jednak z wielkiém prawdopodobieństwem obecność uwięźniętéj przepukliny przedotrzewnowéj, za czém przemawiał zwiększony opór ponad prawém więzadłem Pouparta i ta okoliczność, że chory przed dwoma już laty cierpiał na przepuklinę po téj stronie. Operacyja potwierdziła przypuszczenie to w całości.

Tego samego jeszcze dnia przystąpiono wieczorem w głębokiéj narkozie do operacyi. Po należytém oczyszczeniu całego pola operacyjnego poprowadził prof. Mikulicz cięcie na 15cm. długie, równoległe do więzadła Pouparta na

2—3cm. powyżéj tegoż i przeciął warstwowo powłoki brzuszne w kierunku kanału pachwinowego. Po otwarciu powłok zewnętrznych odsłonięto tuż poprzed otrzewną ścienną leżący worek przepuklinowy wielkości jaja gęsiego, ściśle do otrzewny przylegający. Znajdował on się mniéj więcéj w jednym poziomie z przednim górnym kolcem kości biodrowéj na 4—5cm. na wewnątrz od niego. (Dokładnych wymiarów nie przedsiębrano, gdyż bardzo spóźniona pora $^1/_2$ 12éj w nocy naglila do pośpiechu a i rozprawa Meinhardta-Schmidta: *Erklärungsversuch zur Genese gewisser Fälle von Hernia inguino-interstitialis v. Hernia inguino-properitonealis, Archiv f. klin. Chirurgie,* T. 32, podówczas jeszcze nie była mi znaną. W każdym jednak razie znajdował się worek przepuklinowy znacznie wyżéj i bardziéj na zewnątrz niż wewnętrzny otwór kanalu pachwinowego w prawidłowych stosunkach. Worek ten przecięto ostrożnie, poczém wypłynęło kilka gramów płynu mętnego już nieco cuchnącego. Pętla uwięźnięta mniéj więcéj na 10cm. długa okazywała zabarwienie słabo niebieskawe bez wszelkich jednak głębszych zmian. Po należytém obmyciu wypadniętéj pętli i worka przepuklinowego 1% rozczynem sublimatu i 5% kwasem karbolowym rozszerzył prof. Mikulicz nożem gałkowatym pierścień zasznurowujący przepuklinę i wszedł palcem do krótkiéj nieotwartéj jeszcze części kanału pachwinowego a ztąd do wolnéj jamy brzusznéj. Po dokładném ponowném obejrzeniu wypadniętéj pętli wprowadzono ją do jamy brzusznéj a bramę przepuklinową zamknięto jedwabnym szwem kuśnierskim. Wreszcie przystąpił prof. Mikulicz do wyłuszczenia całego worka przepuklinowego, co o tyle nie było pracą zbyt łatwą, że sznurek nasienny mocno poskręcany przylegał bardzo ściśle do tylnéj ściany worka. Z trudnością tylko można było uniknąć nadwyrężenia *vas deferens,* podczas gdy jedna z grubszych tętnic (prawdopodobnie sama *arteria spermaticaint.*) została skaleczoną. Prof. Mikulicz obawiał się pierwotnie, że to uszkodzenie pociągnie za sobą zgorzel jądra, gdy jednakże i z obwodowéj części tętnicy krew silnym strumieniem strzykać poczęła, uważał swą obawę w tym kierunku za nieuzasadnioną. Całą ranę zamknięto szwem warstwowym, wprowadzono dwa sączki i założono opatrunek przeciwgnilny.

Dalszy przebieg gojenia był zupełnie prawidłowy bezgorączkowy. Nazajutrz zauważono obrzęk znaczniejszy prawego jądra mało bardzo bolesny; obrzęk ten ustąpił jednak po 10 dniach bez dalszych następstw. Piątego dnia zmieniono po raz pierwszy opatrunek, przyczém usunięto jeden sączek. Drugi sączek wyjęto 10go dnia, kiedy rana już była w całości przez rychłozrost zlepiona. 25go dnia po operacyi pacyjent wyleczony opuścił klinikę.

Z przytoczonéj dopiero co historyi choroby wynika, że mieliśmy przed sobą przypadek przepukliny uwięźniętéj, któréj worek bezpośrednio przylegał do otrzewny ściennéj, czyli mówiąc inaczéj leżał tuż przed otrzewną *(properitoneal).* Nie podobna jednak zaprzeczyć, że obraz, z jakim spotkaliśmy się w czasie operacyi, pod wieloma względami różnił się od typowych przypadków przepukliny przedotrzewnowéj, jak je opisali Krönlein i inni. Przedewszystkiém uderza, że w naszym przypadku worek przepuklinowy był zupełnie pojedyńczy, podczas gdy do typowego obrazu téj przepukliny należą dwa worki lub też przynajmniéj jeden jest w środku przez mniéj lub więcéj głęboki wrąb odsznurowany i na 2 części przedzielony (najczęściéj jednę pachwinową lub moszonową a drugą przedotrzewnową). Wprawdzie sam Krönlein zwraca uwagę na tę okoliczność, że część pachwinowa worka przepuklinowego czasem bywa bardzo małą i słabo rozwiniętą i opisuje sam jeden przypadek *(Weitere Notiz über die Hernia inguino-properitonealis. Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 26), w którym bardzo krótką część pachwinową worka przepuklinowego przy operacyi napotkano zupełnie próżną. W typowych jednak przypadkach zawsze worek jest przedzielony na dwie części. Zresztą i w naszym przypadku nie brakło części pachwinowéj worka w całości, gdyż, jak już wspomniałem, worek przedotrzewnowy nie przechodził bezpośrednio do jamy brzusznéj, lecz część jego położona powyżéj pierścienia zasznurowującego leżała jeszcze w górnéj części kanału pachwinowego.

Również rzadko tylko zdarza się, ażeby w obec istniejącéj przepukliny przedotrzewnowéj jądro po stronie dotkniętéj tém cierpieniem znajdowało się od dziecięctwa na swém prawidłowém miejscu. Wprawdzie i przypadki przeciwne są znane, w których mimo téj przepukliny oba jądra od urodzenia leżały w mosznach, jak np. u pacyjenta Wiesmanna (*Ein Fall von Hernia inguino-properitonealis Litrica incarcerata. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte,* 1885, Nr. 17) i Trendelenburga (*Ueber Hernia inguino properitonealis. Archiv f. klin. Chirurgie.* T. 26). W naszym przypadku kwestyja ta stanowczo rozstrzygnąć się nie da, gdyż, jak wspomniano, ani sam chory, ani jego rodzice, nie byli w stanie dać w tym kierunku odpowiedzi stanowczéj. Choćbyśmy wreszcie i przypuścili, że jądro od urodzenia znajdowało się na swojém miejscu, to przecież ścisłe przyleganie mocno pokręconego sznurka nasiennego do tylnéj ściany worka przepuklinowego dowodziło aż nadto ścisłego związku między rozwojem przepukliny i narządu płciowego.

Nie zauważono téż w naszym przypadku zaniku powłok brzusznych ponad przepukliną, na który zwracają uwagę inni autorowie. Okoliczność tę tłumaczą prawdopodobnie zbyt małe rozmiary saméj przepukliny.

Pod wieloma innemi względami zgadza się jednak przypadek ten z typowym obrazem przepukliny Krönleina. Przedewszystkiém zasługuje tu na uwagę wysokie ustawienie wewnętrznéj bramy kanału pachwinowego, o czém wyżéj wspomnieliśmy. Okoliczność tę podniósł pierwszy M. Schmidt w rozprawie wyż przytoczonéj sądząc, że pozostaje ona w związku przyczynowym z powstawaniem przepuklin przedotrzewnowych i śródściennych. Wiadomo bowiem, że droga, po któréj jądro zstępuje ku dołowi, jest już zaznaczoną przez wyrostek pochwowy otrzewny *(proc. vaginalis peritonaei),* który przebija powłoki brzuszne w tém miejscu, w którém na nie natrafia więzadło pachwinowe nerki pierwotnéj (*Leistenband der Primordialniere).* Wśród prawidłowych stosunków odbywa się to w miejscu wewnętrznéj bramy kanału pachwinowego: jeżeli jednak więzadło to w życiu płodowém trafi na przednią ścianę brzuszną nie w miejscu bramy kanału pachwinowego lecz nieco wyżéj i bardziéj na zewnątrz od téjże, to następstwem tego bywa nieprawidłowe ułożenie jądra i rozwój worka przepuklinowego śródścienny lub przedotrzewnowy.

I u naszego chorego wewnętrzny otwór kanału pachwinowego znajdował się w pobliżu przedniego górnego kolca kości biodrowéj, podczas gdy zazwyczaj znajduje się 4—5cm. niżéj. Innéj przyczyny przesunięcia tego otworu jak tę, o któréj wspomina Schmidt, i tu wykazać nie można było.

Przepuklina znajdowała się u naszego chorego, jak w największéj liczbie znanych dotąd przypadków przepukliny

przedotrzewnowéj, po stronie prawéj a pierścień wywołujący niedrożność leżał, jak prawie wszędzie, na przejściu części worka przedotrzewnowéj w pachwinową.

W obec tych danych zdaje się, że przypadek nasz śmiało zaliczyć możemy do rzędu przepuklin przedotrzewnowych Krönleina. Co do sposobu powstania naszéj przepukliny musimy niestety poprzestać na domysłach. Najprawdopodobniejszém zdaje się być przypuszczenie, że i u naszego pacyjenta worek przepuklinowy dawniéj składał się z dwóch przedziałów, czyli że część jelit znajdowała się w niezamkniętym wyrostku pochwowym, za czém przemawia właśnie podanie chorego, że dawniéj miał przepuklinę pachwinową prawą. Po odprowadzeniu pętli jelit znajdujących się w tymże wyrostku do jamy brzusznéj, wyrostek prawdopodobnie zarósł a tylko część przedotrzewnowa worka pozostała niezmienioną. Możnaby tu wprawdzie i myśleć o repozycyi wolnéj przepukliny pachwinowéj wraz z workiem pomiędzy warstwy ściany brzusznéj. Ale przeciw temu przypuszczeniu przemawia oprócz już przytoczonych powodów i ta okoliczność, że istniejącą dawniéj wolną przepuklinę odprowadził lekarz zupełnie lekko bez użycia wszelkiéj siły.

Według statystyki Streubla *(Ueber Scheinreduction der Hernien)*, Krönleina, Schmidta i Wiesmanna obserwowano podobnego rodzaju przepukliny dotychczas 42 razy. Najczęściéj rozpoznawano pewnie dopiero podczas operacyi lub jeszcze częściéj na stole sekcyjnym. Nieliczne tylko przypadki rozpoznano należycie jeszcze przed rozpoczęciem operacyi a jeden tylko Krönlein rozpoznał przypadek przepukliny nieuwięźniętéj. U naszego chorego w obec małych rozmiarów przepukliny i braku najbardziéj cechujących objawów nie można było myśleć o ścisłém rozpoznaniu. Nie mniéj jednak, jak już wspomniałem, prof. Mikulicz jeszcze przed operacyją myślał o téj przyczynie niedrożności i dla tego też rozpoczął operacyję od otwarcia kanału pachwinowego a nie od rozcięcia brzucha w linii białéj.

II. O środkach wypróżniających jelito, w szczególe o żwirze.

Podał Dr. Kaczorowski,

lekarz ordynujący w szpitalu Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu.

(Referat dla dyskusyi w Sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk poznańskiego).

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Na podstawie dotychczasowych dosyć obfitych doświadczeń swoich winienem orzec, że żwir, jak każdy inny środek mechaniczny, z powodu zbyt powolnego od żołądka działania, jako środek wypróżniający w takich tylko przypadkach może być wskazany, gdzie nie zachodzi potrzeba szybszego przeczyszczenia jelita, a więc u ludzi nawykłém zaparciem stolca dotkniętych, daléj w chorobach przewłocznych serca i płuc, gdzie skutkiem niedostateczności serca wytwarzają się przesięki, a upadek na siłach hydremicznych pacyjentów nie pozwala na zastósowanie leków drastycznych, podniecających jeszcze towarzyszący zwykle owym chorobom nieżyt całego przewodu pokarmowego i nareszcie w samym przewlocznym nieżycie dróg pokarmowych, zacząwszy od połyku a kończąc na grubém jelicie. Szczególniéj pomyślnym okazywał się żwir u chorych, których skłonność do zaparcia stolca polegała na przemagającym skurczu dolnego odcinka jelita grubego. Spastyczna owa forma zaparcia napotyka się przeważnie u młodszych osób z podniesioną wrażliwością nerwową, podsycaną mianowicie wygórowaną pobudliwością narządu płciowego, czyto z anatomicznych zboczeń czyteż z czynnościowych drażnień wynikającą, przedewszystkiém u osobników oddających się w zbytniéj mierze samogwałtowi.

W towarzyszącéj nieodstępnie zbytecznym drażnieniom płciowym skłonności do zaparcia stolca, które swoją drogą najwidoczniéj przyczynia się do podniecania jeszcze popędu płciowego, a gdzie powszednie środki wypróżniające w mniejszych dawkach odmawiać, w większych przekraczać miarę pożądanego skutku zwykły, w żwirze nadającym się do codziennego bez wielkich zachodów i bez żadnéj szkody dla zdrowia zastósowania poznałem iście zbawienny a prosty środek. Nie mogąc na poparcie wywodów swoich kusić się o przytoczenie zbyt licznéj kazuistyki, ograniczę się tylko do opowiedzenia kilku przypadków chorobowych, które przez dłuższy czas pozostawały pod obserwacyją moją, a w których żwir najlepsze oddawał usługi.

1) Maryja Tonnowska, panna 24 lat, wielce niedokrewna, od marca 1885 dotknięta porażeniem dolnych odnóg, połączoném z ustawiczném onychże skurczeniem, z zaparciem stolca do tygodnia i dłużéj trwającém, częstém, po kilkadziesiąt razy na dobę odzywającém się napieraniem moczu na pęcherz. Choroba jéj poczęła się po nagłém wstrzymaniu miesiączki od gwałtownych bólów rwących w stopach, późniéj coraz wyżéj aż ku miednicy sięgających, poczém nastąpiło coraz wyraźniejsze odrętwienie całych odnóg co do czucia wszelakiéj jakości, zniesienie odczynu na faradyczny, osłabienie odczynu na galwaniczny prąd elektryczny. Ustawiczny kurcz tężcowy zajmował w początku mięśnie wyprostne odnóg, późniéj zwalniając trochę przeszedł na zginacze mianowicie kolan, ostatecznie prawa odnoga pozostaje wyprostowaną, gdy lewa zgięta w kolanie. Położenie skurczowych odnóg tylko za użyciem wielkiéj siły i to powoli, aby kości nie złamać, stósowanéj, da się biernie zmienić, powraca jednakowoż natychmiast po ustaniu naciągania. Chora żadnego samowolnego ruchu dolnemi odnogami wykonać, ani utrzymać się na nogach nie może, natomiast mimowolne czasem ruchy na przemian w obu odnogach odzywają się, tak gdy jedna się wyprostuje, druga się zgina. W chwili biernego pokonywania opornych mięśni odnóg mięśnie miednicy i dolnego kręgosłupa tak gwałtownie naprężają się, że chora silném tylko opieraniem się rękoma o krawędzie łóżka od wypadnięcia zeń ochronić się może. Jestto prawdopodobnie jedno z zwrotnych zajęć rdzenia lędźwiowego, zajmujące tylne i boczne pęczki na podstawie hysterycznéj, ile że chora mocno podejrzaną jest o nałóg samogwałtu.

Obok rozmaitych zabiegów leczniczych, przeważnie galwanizacyi, zacząłem przeciwko skurczowemu zaparciu, które zaledwie wielkie dawki oleju rycynowego pokonać zdołały, podawać wieczorem 10 gramów żwiru. Nazajutrz rano nastąpiły dwa krótko po sobie następujące luźne wypróżnienia, równocześnie i kurcze pęcherza stawały się rzadsze. Skutek ten żwiru utrzymywał się stale przez kilka miesięcy, a gdy w obec ciągłego podawania żelaza z ergotyną w miarę polepszającego się odżywienia skurcze odnóg trochę zwolniały, wypróżnienia jelita same z siebie czas niejaki odbywać się zaczęły. Od $1/2$ roku zaś, gdy prawdopodobnie skutkiem ponownych drażnień płciowych skurcze odnóg się wzmogły, i powtórnie wtedy na zginacze przeszły, nastało znowu najuporczywsze zaparcie i dawniejsze częste skurcze pęcherza moczowego.

Ponowne zadawanie żwiru znów reguluje wypróżnienia jelita, nie mniéj miarkuje potrzebę oddawania moczu. Obecnie stan ogólny choréj, która jeszcze nie odzyskala miesiączki, ale czucie w odnogach, o tyle się polepszył, że napięcie odnóg wolnieje, tak że chora z łóżka może wysunąć je z mozołem, ale jeszcze na nich stanąć nie zdoła. Odstawienie żwiru natychmiast zaparcie przywraca.

2. Antoni Król, lat 20, bardzo niedokrewny, na całéj twarzy gęstym obsypany trądzikiem, wielce bojaźliwy i ociężały w ruchach, o nikłém tętnie i zimnych, wilgotnych odnogach, istny niedołęga cielesny i umysłowy, jakich się często między masturbantami napotyka. Od 6 lat cierpi ustawiczne nerwobóle międzyżebrowe i podbrzuszne; nader słabe łaknienie sam jeszcze dobrowolnie powściąga z obawy bólów, według zdania jego, po jedzeniu jeszcze się wzmagających. Stolec ustawicznie zaparty, kał gdy się kiedyś pojawi, grubym pokładem śluzu powleczony. Nie przyznaje się ani do samogwałtu ani mimowolnych pomazań, czém się każdy skryty masturbant od razu zdradza. Mając przed sobą przypadek ogólnego wyniszczenia wywołanego zbytnim samogwałtem i towarzyszącym mu nieżytem grubego jelita, w leczeniu zmierzającém do ogólnego skrzepienia chorego wystąpiła także potrzeba uregulowania trawienia, a szczególniéj wypróżnień jelita, zaparcia którego chory za jedyne źródło cierpień uważał. Zarządziwszy dyjetę mleczną, przeciw zaparciu podawałem na przemian olejek rycynowy i magnezyję paloną. Jakkolwiek środki owe spełniały zadanie swoje umiarkowanie, nie można było nie dostrzedz, że nawet drażnienia tak łagodnych leków wypróżniających pozostawiało za każdym razem wzmożenie na parę godzin ubezwładnienia nerwowego. Dopiero gdy choremu zacząłem podawać rano i wieczór łyżeczkę żwiru, skutek jego wypróżniający pomyślniejszym się okazywał, stolce bowiem poniekąd dwa razy na dobę zjawiały się ku wielkiemu zadowoleniu chorego, wprawdzie trochę suche, ale ilość śluzu powoli się zmniejszała, odżywienie ogólne przy środkach skrzepiających jak *Ferr. sulphur. c. Extr. secalis*, które teraz dopiero lepiéj przez chorego znoszone bywały, powoli poprawiać się zaczęły. Pomimo częstych nawrotów choroby, wybrykami w dyjecie i może ponownemi drażnieniami płciowemi wywołane, gdzie żwir nieraz zawodził, chory nareszcie chłodniejszemi kąpielami nasiadowemi stępiony w swéj wrażliwości płciowéj i wyleczony z nieżytu jelita, po roku pobytu w zakladzie jako dosyć silny i zdolny do pracy wypuszczony zeń został. Przez cały ten czas z małemi przerwami używając żwiru, za dostateczny służyć mógł przedmiot doświadczalny co do oddziaływania owego środka na jelito, a mianowicie za dowód, że mechaniczne przezeń wywołane drażnienie najwrażliwszym nawet osobom nie sprawia żadnych niedogodności, że w czasach wolnych od doraźnych zaburzeń trawienia reguluje wypróżnienia w sposób najłagodniejszy i że dobroczynnie wpływa na sam nieżyt grubego jelita nawet wtedy, gdy choć kilkudniowa stagnacyja kału ma miejsce, z czegoby nieledwie wnosić można, że nagromadzony w dolnéj części jelita przyczynia się do sterilizacyi jego zawartości, gdyż kał w takich razach bywał zupełnie bezwonny.

3. Józef Nowak, 25 lat, syn gospodarza wiejskiego, cierpi od 2 lat zboczenia trawienia tak dalece rozwinięte, że stawszy się niespokojnym tetrykiem, wiecznie na niezliczone dolegliwości się żałący już przez lekarzy miejscowych do zakładu obłąkanych zakwalifikowany na próbę wszakże jeszcze do Zakładu Sióstr Miłosierdzia w kwietniu 1885 r. oddany został. Jeść mało co może z powodu natychmiast po spożyciu najlżejszych nawet pokarmów, odzywających się nudności, często nawet wymiotów obfitego śluzu poniekąd z krwią zmięszanego.

Blado żółtawéj cery, wychudzony, zimnych odnóg, wzroku błędnego, ustawicznie prawi o takiéj mnogości przykrych i bolesnych sensacyj w brzuchu i całém ciele, jaką chyba z ust najwybitniejszéj hysteryczki usłyszećby można. Brzuch ma wzdęty, przy dotyku wszędzie bolesny, wymiotuje co rano, stolec bez pomocy zaparty, lekiem sprowadzony zawiera wielką ilość gęstego śluzu. Nadużycie napojów wyskokowych wykluczyć można, natomiast chory, przecząc dopuszczania się samogwałtu, przyznaje się do mimowolnych częstych pomazań, nadto ciągłego używania leków rozwalniających.

Napotykana w wymiotach krew nasuwała zrazu przypuszczenie wrzodu żołądkowego, obok nieżytu grubego jelita i wyczerpania nerwowego z powodu zbyt częstych drażnień płciowych.

Na wstępie przedsiębrano wypłukiwania żołądka roztworem sodu, przeciw zaparciu podawano magnezyję paloną. Gdy potém wymioty uspokoiły się i żywsze nastąpiło łaknienie, które chory przez 6 tygodni mlekiem, późniéj pokarmami roślinnemi zaspakajał, zacząłem mu w obec niestałéj działalności magnezyi na jelito podawać łyżkę stołową żwiru. Wprawdzie i żwir nie sprowadzał regularnych wypróżnień, tak że nieraz trzeba było przyjść mu w pomoc olejkiem rycynowym, ale dopiero od czasu zastósowania żwiru można było zaznaczyć ubytek śluzu z stolców i powolny postęp ku ogólnemu polepszeniu. Po kilku miesiącach, gdy chory już nie źle się odżywił a pod względem psychicznym znacznie uspokoił, pozwoliłem na przejście do mięsnych pokarmów, które wszakże natychmiast sprawiły utratę łaknienia i pogorszenie całego jego stanu. Powrót do roślinnéj dyjety zażegnał tę burzę i odtąd przy ciągłém używaniu żwiru ustalała się coraz pomyślniéj czynność przewodu pokarmowego, mianowicie jelita, śluz znikł z wypróżnień a stan moralny tak dalece się dźwignął, że N. po 8 miesięcznym pobycie w zakładzie czując się na ciele i duszy dostatecznie pokrzepiony zażądał wypuszczenia, aby wrócić do gospodarczych swoich zajęć, przyrzekając i nadal żyć wedle zachowywanéj w szpitalu modły.

4. Ks. R., lat 30 wejrzenia krwistego od 2 lat dręczony palpitacyjami serca i nieznośnemi bólami głowy, które go przyprawiały o stan bliski zboczenia umysłowego i czyniły niezdolnym do sprawowania obowiązków duchownych, leczony był dotąd środkami odnoszącemi się do przypuszczanego u niego przerostu serca.

Upatrując raczéj przyczynę jego niedomagania w prostatorei i towarzyszącém jéj uporczywém zaparciu stolca zalecilem kąpiele coraz bardziéj ochładzane i środki lekko otwierające jelito, jak winiany, magnezyję paloną. Gdy zaś takowe nie dostatecznie oddziaływały, doświadczałem w tym także przypadku zaparcia spastycznego żwiru, który rano i wieczór po łyżce od kawy przyjmowany najreguIarniéj dwa wypróżnienia na dobę sprowadzał. Pacyjent uspokojony moralnie co do istoty choroby swojéj, skrzepiony co do wrażliwości swojéj nerwowéj kąpielami zimnemi i znalazłszy taki prosty środek na przysparzające mu niepokoju zaparcie po 2 miesiącach do zdrowia całkiem powrócił i odtąd sprawuje ochoczo pełen trudu zawód, nieprzestając zażywać żwiru i nadal.

Na zakończenie pozwolę sobie choć kilka słów wypowiedzieć co do zapatrywania na wskazania i przeciwwskazania środków wypróżniających, jakie sobie w ciągu doświadczeń swoich wyrobiłem. Na samém czele postawiłbym zasadę, na którą zresztą dzisiaj prawie wszystkie powagi naukowe zgadzają się, przeciwko któréj jednakże wielu jeszcze praktyków grzeszy, niepodawania leków wypróżniających w przypadkach chorobowych jelita, gdzie obawiać się wypada powikłania z zapaleniem otrzewny jego, nie wyjmując nawet ułudnego zbiegu okoliczności, gdy zapalenie otrzewny zdaje się być następstwem zastoju kału.

W takich razach śmiałe dawki makowca, dla których wtedy ustrój nawet dziecięcy dziwną objawia tolerancyję i cierpliwe wyczekiwanie, choćby do dwóch tygodni trwania zaparcia, bezpieczniéj prowadzą do celu. Nie mniéj obosiecznym staje się lek wypróżniający w niedrożności jelita z jakich bądź innych przyczyn, skoro już otrzewna jest silnie zadrażnioną, a jeśli na samym wstępie pierwszy zakus przeparcia przeszkody zapomocą jedynie tu dopuszczalnego olejku rycynowego chybi, wszelkie dalsze na téj drodze zabiegi pod grozą narażenia chorego zaniechane być winny.

W każdym innym przypadku chorobowym śmielsze nawet zastósowywanie leków wypróżniających byle najłagodniejszych i w odpowiedniéj dawce na dobre chorym wychodzi. W wszystkich chorobach zakaźnych ostrych czy przewłocznych nie dosyć zadawalać się baczeniem na to, aby jelito codziennie się wypróżniało choćby samodzielnie, ale najmniéj co drugi dzień od góry wymiatać je niedrażniącemi lekami ułatwia pomyślne przebycie niemocy, jużto odwodząc od zagrożonych w swéj czynności narządów zbytnio skupiające się soki z mniejszym zapewne dla całości uszczerbkiem, jak ongi tak szeroko praktykowane upusty krwi, już też w wielu razach wyprowadzając na zewnątrz ową *„materia peccans"*, która nam dzisiaj w postaci żywych napastników uwidocznia się. W ostrych zapaleniach najważniejszych narządów, mianowicie płuc, gdy w obec upadającego pod brzemieniem rosnących oporów serca życie na godziny waży się, w sam czas sprowadzony obfity wylew jelita, obok rozumie się środków podniecających, nieraz grożącą katastrofę odwrócić może. Ku temu celowi wszakże uważam za lek pewny a nieszkodliwy jedynie olejek rycynowy, a w mniéj nagłych potrzebach paloną poprzednio wygotowaną magnezyję.

Rozwodzenie się nad wskazaniami środków wypróżniających w chorobach przewłocznych za dalekoby nas zaprowadziło, pragnąłbym tylko raz jeszcze podnieść, że chcąc odnieść korzyści z długo trwałego ich zastósowywania poprzestawać winniśmy na najłagodniejszych, ile możności fizycznie działających, a z drastycznemi lekami, wyjąwszy jeden olejek rycynowy, wieczny rozbrat uczynić.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Cartaz: **O niemocie hysterycznéj** (*Du mutisme hystérique*).

Rozprawa autora streszcza zeszłoroczne wykłady profesora Charcota, w którego klinice postrzegano kilkakrotnie niemotę, należącą do rzadkich stosunkowo przypadów hysteryi tak u mężczyzn jak i u kobiet. Wprawdzie już i dawniéj znano i opisywano niemotę, towarzyszącą hysteryi (Briquet, Wells, Sédillot, Richter, Bateman, Liouville i Debove, Revilliod i i.), ale zazwyczaj mięszano ją z częstym u osób hysterycznych bezgłosem (*aphonia*). Z przytoczonych przez autora własnych i obcych 20 przypadków wynika, że niemotę hysteryczną odnieść należy do ośrodkowego zboczenia psychicznego, podobnie jak hysteryczne porażenia członków, zniesienie całkowitego lub pewnéj części pola widzenia itp. Niemota hysteryczna stanowi pewien swoisty typ afazyi, tak że nieraz na pierwszy rzut oka od niemoty, będącéj następstwem zmian organicznych mózgu, odróżnić ją można.

Przebieg i cechy niemoty hysterycznéj są następujące:

1. Powstaje zazwyczaj nagle, często skutkiem przestrachu lub wzruszenia; niekiedy poprzedza bezgłos, rzadko niemota rozwija się powoli, najczęściéj nagle po napadzie hysterycznym, czasem równocześnie z innem porażeniem.

2. Chory dotknięty jest bezgłosem, bo nie może wydać ani głosu ani krzyku; ale równocześnie istnieje i niemota, gdyż i po cichu nie może wymówić ani słowa. W bezgłosie hysterycznym, skutkiem obustronnego najczęściéj porażenia mięśni napinających struny głosowe i zwężających głośnię, głos bywa albo zupełnie zniesiony lub ochrypły: chory nie może mówić głośno, ale mówi szeptem; jest tu więc bezgłos, nie niemota. Wiadomo z dokładnych badań fizyjologicznych, że i w stanie prawidłowym mowa szepcąca nie wprawia wcale w ruch strun głosowych, z czego wynika, że niemoty hysterycznéj nie można tłumaczyć porażeniem nerwu krtaniowego górnego, jak to czyni Revilliod, bo po porażeniu tego nerwu powstaje tylko bezgłos — obok możności mówienia po cichu. Bezgłos zresztą może mieć przyczynę w porażeniu i innych mięśni krtaniowych, ale zawsze mówienie szeptem jest możebne. W przypadkach zaś niemoty hysterycznéj istnieją równocześnie bezgłos i afazyja: bezgłos skutkiem porażenia mięśni krtaniowych, afazyja zaś skutkiem zboczenia ośrodkowego.

3. Inteligencyja nie jest zakłóconą; ilekroć choremu zadamy pytanie, tenże świadom swéj niemocy nie kusi się wcale na odpowiedź, nie wysila się z wydaniem głosu, lecz żywo chwyta za pióro lub ołówek i pisemnie na pytanie odpowiada ściśle i dokładnie. To zachowanie się chorego jest do tego stopnia charakterystyczném, że według słów Charcota wystarcza częstokroć do rozpoznania choroby. Inaczéj zachowują się w tym względzie chorzy dotknięci niemotą skutkiem zmian organicznych w mózgu: tu chory z wysiłkiem szuka słowa na odpowiedź, wybełkocze je niekiedy niewyraźnie lub też odpowiada słowem innem lub zawsze tém samém. W niemocie hysterycznéj zaś nie ma ani głuchoty ani ślepoty słownéj, umysł jest swobodny, chory na pytania odpowiada natychmiast, jeżeli umie pisać. Wprawdzie i w niektórych przypadkach afazyi organicznéj chorzy utraciwszy mowę mogą myśli swe wyrażać na piśmie; ale u tych objaw ten nie jest tak wybitny a i umysł nie tak swobodny i żywy, jak w niemocie hysterycznéj.

4. W większéj ilości przypadków niemota hysteryczna ustępuje nagle, choć nie zawsze zupełnie; niektórzy chorzy przez kilka jeszcze dni lub tygodni jąkają się i zacinają.

Rozumie się, że obok niemoty istnieją i inne objawy hysteryi: nieczulica, wymioty, głuchota itp.; zbiór wszystkich objawów potwierdza rozpoznanie. Ilekroć równocześnie z afazyją powstaje porażenie połowicze, brak porażenia nerwu twarzowego przemawia za hysteryją. Nie trudno jest także wywołać niemotę hysteryczną za pomocą wmówienia (*suggestion hypnotique*). Jeżeli w okresie snu hypnotycznego (*somnambulisme*) rozmawiamy z chorym, następnie obniżając

głos powiemy doń: nie słyszę... co mówisz... ależ ty już nie możesz mówić!, to za chwilę występuje u chorego niemota i bezgłos, nie może już ani mówić ani krzyczeć, niecierpliwi się têm, że na pytania odpowiedzieć nie może, a jeżeli umie pisać, rzuca się do pióra i pisze: nie mogę mówić, wszak pan widzisz, że nie mogę!

Zboczenie to może mieć także pewne znaczenie sądowo-lekarskie. Niektóre przypadki niemoty hysterycznéj mogły i mogą uchodzić za udawanie — a nawet w braku wszelkich innych objawów hysteryi nie możnaby wątpliwości téj usunąć, choćby po zastosowaniu jakiegoś silnego zabiegu leczniczego (prąd elektryczny, silny natrysk itp.) niemota natychmiast ustąpić miała.

Leczenie nie przedstawia nic szczególnego i powinno być skierowane przeciwko stanowi hysterycznemu w ogóle. Hydroterapija, prąd przerywany, przykładanie magnesów mogą ułatwić przywrócenie mowy. Bateman przytacza przypadek afazyi trwającéj od 6 dni, gdzie chory pewnego rana obudził się z krzykiem: *A man the river!*; śniło mu się, że ktoś wpadł do rzeki a sprawione têm wrażenie umysłowe natychmiast przywróciło mu mowę. Gwałtowny ból, kurcz mięśniowy wywołany silnym prądem elektrycznym mogą przyspieszyć przywrócenie głosu i mowy; jednakże tak gwałtownym czynnikom nie należy dowierzać. W jednym przypadku autora — zwyczajny bezgłos — pod wpływem prądu elektrycznego w miejsce porażenia mięśni napinających struny głosowe powstał kurcz mięśni zwężających głośnię, który dopiero wziewaniem chloroformu dał się szczęśliwie usunąć. (*Le Progrès médical*, 1886, Nr. 7—9).

Dr. Smoleński.

Gałęzowski: **Padaczka i zapalenie nerwu wzrokowego wyleczone wyłuszczeniem oka uszkodzonego.**

Markiz L., 40 l. w., doznał przed sześciu laty obrażenia oka prawego odłamkiem kapzli na polowaniu, poddał się odcięciu przodkowéj części oka, poczém oko uległo zanikowi. W maju 1883 wystąpiły bez wiadoméj przyczyny wymioty i gwałtowny ból głowy, objawy te powtarzały się w pewnych odstępach czasu a w czerwcu przyłączyły się do nich napady padaczki i gwałtowne bóle w potylicy, a wzrok oka lewego, dotąd zdrowego, doznał upośledzenia. Badanie wykazało rozszerzenie i nieruchomość źrenicy, upośledzone czucie barw, zapalenie n. wzr. z wynaczynionkami, $V^1/_{15}$. Na naradzie odbytéj z pp. Vulpianem, Hardym, Guenneau de Mussy i Legrand du Saulle postanowiono wyłuszczyć gałkę oczną, co też Gałęzowski wykonał w październiku. Od dnia operacyi ustąpiły napady padaczkowe, chory odzyskał sen, siły jego powracały a wzrok oka lewego polepszał się stopniowo a lubo z powodu częściowego zaniku n. wz. pozostał upośledzony, doszedł chory ostatecznie do tego, że z +6Dptr. czytać mógł Nr 4 (przed operacyją tylko 8y). Uwzględniając wynik tak operacyi jak badania drobnowidowego oka wyłuszczonego przypisuje G. tak zapalenie n. wz. jak i objawy mózgowe zwrotnemu działaniu sympatycznemu. Co do dróg, któremi zapalenie współczulne przenosi się z jednego oka na drugie, G. nie zgadza się ze zdaniem, że pośrednikiem są naczynia limfatyczne, lecz sądzi, że cierpienie przenosi się raczéj wzdłuż naczyń odżywczych nerwu wzrokowego lub nerwów naczynioruchowych na skrzyż. n. wz. ztamtąd wzdłuż jego pasm z jednéj strony do mózgu z drugiéj wzdłuż n. wz. aż do jego tarczy w oku. (*Recueil d'Ophthalmologie*, styczeń 1886).

Dr. Rydel.

Dr. Watraszewski: **Leczenie kiły wstrzykiwaniem kalomelu.**

W. poczynił pierwsze próby wstrzykiwań podskórnych kalomelem u 70 chorych, rozpoznawszy wybitne oznaki kiły pierwszorzędnéj. Używał kalomelu w roczczynie z liposokiem arabskim wstrzykując płyn w pośladki. Pierwszym 7miom chorym wstrzykiwał doraźnie 2 decigramy kalomelu w dwóch dawkach, uwzględniając jednak ślinotok następowy wstrzykiwał dalszym po 0·1 kalomelu w przeciągu tygodnia, niekiedy (dla objawów zapalenia błony śluzowéj ust) w dłuższych nieco przestankach. W ten sposób udało mu się przeprowadzić leczenie u większéj liczby chorych bez dalszych następstw kiły. Zwykle wystarczały 3, najwięcéj 4 wstrzykiwania, poczém wszelkie objawy kiły drugorzędnéj ustąpiły. Na 257 chorych, którym kalomel wstrzykiwano, spostrzegł W. w czterech tylko przypadkach owrzodzenie z przyczyny, jak podaje, niezręcznego postępowania przy wstrzykiwaniu. Należy takowe czynić głęboko w tkankę podskórną, igły winny być długie, cewka tychże odpowiednio szeroka, aby uniknąć rychłego jéj zatkania. Ból miejscowy jest nieznaczny z początku, późniéj nieco dotkliwszy. Chorzy winni przez 2—3 dni wystrzegać się wszelkich robót zwłaszcza ciężkich. (*Deutsche Med. Ztg.* 1885, Nr. 55).

Dr. Reiss w Dukli.

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Bardzo uproszczony sposób **oznaczania azotu w ciałach organicznych, szczególniéj zaś w moczu** znajdujemy w *Pflügers Archiv f. Phys.* Jestto sposób Kjeldahla uproszczony przez Pflügera i Boblanda. Cała praca wymaga mniéj niż jednéj godziny zajęcia. Pięć sz. cm. moczu daje się do Erlenmeyerowskiéj kolby objętości koło 300 sz. cm., dodaje się następnie po 10sz.cm. angielskiego i zgęszczonego (wolnego od połączeń amonu) SO_4H_2. Kolbę tak przygotowaną ogrzewa się na siatce drucianéj, póki się nie wypędzi wody i wydobywających się gazów. Skoro ciecz z początku czarno zabarwiona przybierze zabarwienie więcéj brunatnawe, zmniejsza się płomień *ad minimum* Skoro po 25—30-minutowém ogrzaniu ciecz wyjaśnieje, oziąbia się ją, rozcieńcza wodą do 200sz.cm. wlewa do zwykłéj kolby, dodaje 80sz.cm. NaOH o c. g. 1·30 i destyluje do drugiéj kolby, zawierającéj koło 400sz.cm. miareczkowanego od NH_3 wolnego kwasu siarkowego. Dla większéj pewności można jeszcze gaz przechodzący przez pierwszą kolbę przeprowadzić przez mniejszą kolbkę, również wypełnioną miareczkowanym SO_4H_2. Za pomocą papieru lakmusowego można się z łatwością przekonać, kiedy z destylatu już więcéj NH_3 się nie dobywa. Niezwiązaną ilość SO_4H_2 miareczkuje się ługiem sodowym i oznacza się tym sposobem z łatwością całą ilość NH_3, a względnie N. (*Deutsch. Chemiker Ztg.*, 1886, Nr. 1, 5, 7).

Ω Fomin podaje następującą **metodę wykrywania i oznaczania rtęci w moczu**. Do badanéj ilości moczu (z 12 lub 24 godzin) wlewa się 5—6sz.cm wysyconego roczczynu K_2SO_4. następnie wkłada się w naczynie, mieszaninę tę zawierające, mały przyrząd, złożony z wygładzonéj blaszki złota (wypolerowanego dukata) i blaszki z czystego cynku, połączonych ze sobą drutem miedzianym. Skutkiem wywiązującego sie prądu następuje elektrolyza i H gromadzi się koło blaszki złotéj. Po 6—10 godzinach wydobywa się przyrząd z moczu, oczyszcza się blaszkę złotą wodą przekroploną, zanurza się na kilka minut w rozcieńczoném HCl, aby ziemie alkaliczne itd. rozpuścić, obmywa się jeszcze raz wodą przekroploną, wysusza się między dwoma kawałkami

czystéj bibuły. Najmniejsza ilość rtęci powleka blaszkę złotą warstewką białą. Chcąc się jeszcze dokładniéj o obecności Hg przekonać, wkłada się blaszkę tę w probierkę, wyciąga się koniec jéj włoskowato i daje się odrobinę czystego jodu. Po ostrożném ogrzaniu tworzą się we włoskowatym końcu rurki kryształki jodku rtęciowego. Według mniéj lub więcéj wybitnego wniosu HgS_3 można kolorymetrycznie ocenić ilość rtęci. *Wracz*, 1885, 23, *D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 1, 5, 8). (Metodę tę próbowałem w dwóch przypadkach i dała mi wynik zupełnie zadowalający. *P. S.*)

Ω. Vibert i Ogier. **O zawartości białka w moczu trupim.** Vibert i Ogier ogłaszają w *Annales d'Hygiène publique* pracę, która roztrząsa ważne dla medycyny sądowéj pytanie, czy mocz znajdujący się w pęcherzu po śmierci zawiera stale białko? Autorowie badali mocz z 28 trupów w Morgue. Z liczby téj tylko pięć moczów było bez białka, w innych zaś moczach tém więcéj było białka, im więcéj posuniętym był proces gnicia zwłok. Autorowie przypuszczają, że zawartość białka stoi w związku z rozkładem i odpadaniem błony śluzowéj pęcherza. Za przypuszczeniem tém przemawia, że po wypuszczeniu moczu z pęcherza i po przepłukaniu pęcherza woda przekroplona wstrzyknięta do pęcherza już po krótkim upływie czasu zawierała białko. *(D. chemiker Ztg.*, 1886, Nr. 1).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

X. zwyczajne naukowe posiedzenie z d. 21 listopada 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

Kol. Przewodniczący przedstawia kol. Kretowicza jako nowego członka sekcyi lwowskiéj.

Kol. Chądzyński mając ciekawy przypadek choroby skórnéj na oddziale skórnym kobiet tutejszego szpitala zaprasza kolegów na dzień następny godzinę 9tą rano do szpitala, gdzie okaże chorą i opowie historyję choroby.

1. Następuje dyskusyja nad przedstawionemi przypadkami chorobowemi na IX posiedzeniu. Ponieważ do przypadku przez kol. Krówczyńskiego demonstrowanego nikt się nie zgłosił, przystąpiono do dyskusyi nad przypadkami przez kol. Edw. Sawickiego zgłoszonemi.

Co do choréj z *paraplegia spastica* zastanawia się kol. Edw. Sawicki nad przyczyną owéj choroby. Wyklucza przedewszystkiém histeryję, jako przyczynę porażenia, albowiem u choréj brak owych różnych dolegliwości, jakie histeryi towarzyszą, nadto badanie organów wewnętrznych nie wykazuje odpowiednich, a właściwie żadnych zmian. Trzeba więc było przypuścić, że garb jest przyczyną choroby, że istnieje *Myelitis transversa*, tymczasem po 2-miesięcznéj obserwacyi choréj musiano wykluczyć tę chorobę, bo ani porażeń, ani stępienia czucia, ani bólu miejscowo nigdzie w okolicy kręgów i kręgosłupa nie ma ani nie było. Przypuszczono więc *Sclerosis lateralis*, która nie poczyna się od włókien nerwowych, ale od neurogli, która uciska następowo nerwy, upośledza ich odżywienie i wywołuje ich stłuszczenie. Jeśli to przypuszczenie jest słuszne, to powoli wystąpi sztywność itd. odnóg górnych. Czy i o ile się to sprawdzi, okaże dalszy przebieg, jeżeli będzie można chorą w ogóle tak długo obserwować na oddziale. Co do drugiéj choréj z porażeniem *oculomotorii, facialis, recurrentis Willisii* itd., to przypuszczano pierwotnie gościec jako przyczynę, tymczasem tak nie jest, czego dowodzi okoliczność, że ani jod, ani elektryzowanie, ani salicyl nie przyniosły choréj ani ulgi, ani polepszenia. Prawdopodobnie jest tutaj nowotwór przyczyną objawów chorobowych opisanych i to nowotwór na podstawie mózgu, gdzie właśnie zajęte nerwy wychodzą z mózgu, to iest okolica kości klinowéj, gdzie jest *sella turcica, declivium Blumenbachii* ku rowkowi dla rdzenia przedłużonego w okolicy mostu Warola. Że tu nie ma porażenia opuszkowego, dowodzi okoliczność, że nie ma stakacyi w mowie, że język jest ruchomy, że dolna część twarzy nie jest porażona tylko górna, a w *sclerosis dispersa* rzecz ma się właśnie odwrotnie. A więc najprawdopodobniéj jest tu nowotwór na podstawie mózgu, zwłaszcza, że i gruczoły nadobojczykowe obustronne powiększyły się. Gruczoły te obecnie po zażywaniu kw. karbolowego zmniejszyły się nieco. Co do zażywania kw. karbolowego, to zalecił dla tego ten lek, że miał już podobny przypadek u chorego w oddziale chorób umysłowych przed laty. Chory ów miał gruczoły szyjne i nadobojczykowe tak znacznie obrzmiałe, że aż w skutek tego występowała sinica. Wtedyto wstrzykiwał choremu kw karbolowy w miąższ gruczołów i podawał wewnętrznie kw. karbolowy przez 2—3 miesiące. Gruczoły znikły w skutek tego, choroba umysłowa jednak nie ustąpiła w zupełności, chociaż chory o tyle miał się lepiéj, że względnie uleczony mógł pójść do domu. Z doświadczenia więc z kwasem karbolowym na tamtym chorym co do gruczołów uczynionego zaczął i tu dawać kw. karbolowy wewnętrznie. Wracając do rzeczy, oświadcza, że i ztąd wnosić trzeba, iż u choréj jest najprawdopodobniéj nowotwór jakiś czy *exostosis*, że tyle nerwów ruchowych i czuciowych naraz jest dotkniętych, pomimo że gruczoły nadobojczykowe zmniejszyły się i że chora ma się nieco lepiéj. Nowotwór bowiem mógł pozostać niezmienionym, a wtórorzędne objawy np. ucisku na opony mózgu na tętnice (jak tu na *Sinus cavernosi*) mogły nieco zmniejszyć się po kw. karbolowym tak jak po jodzie itp. — Kol. Laskiewicz nadmienia, że zdanie kol. Ed. Saw. nie zadowala go w zupełności. I tak co do pierwszéj choréj z *parapleg. spastica* przypuszcza raczéj *Myelitis* (*Sclerosis* bowiem nie występuje nagle) i to *Myelitis* rdzenia pacierzowego (nie zaś opon) w okolicy lędźwiowéj; przemawiałoby zatém i symetryczne umiejscowienie objawów i gwałtowność, z jaką objawy dosięgły szczytu. Zapytuje daléj, czy są odleżyny u choréj, czy był lub będzie używany i jaki rodzaj prądu elektrycznego. Co do drugiéj choréj zapytuje, czy była badana wziernikiem ocznym lub wziernikiem nosowym itp. Daléj czy wykluczono kiłę? Stwardnienie skóry twarzy odnosi nie do zmian w skórze, bo skóra była gładka, wilgotna i rumiana, ale uważa to raczéj jako pewien stopień zwyrodnienia i zaniku mięśni. Kol. Ed. Sawicki odpowiada, że przypuścił u choréj pierwszéj *Sclerosis* a nie *Myelitis* (choć *Myelitis* nie wyklucza w zupełności) dla tego, że chociaż chore podaje, że cierpienie wystąpiło nagle, to jednak wiadomo, że tacy ludzie, choć im co dolega, chodzą i oddają się swoim zajęciom, dokąd tylko mogą i uważają się za względnie zdrowych, aż dopiero gdy już całkiem nie mogą chodzić i pracować, uważają się za chorych i nawet w takim razie zwykle twierdzą, że nagle zachorowali. *Paraplegia* w skutek *Myelitis* nie cechuje się taką sztywnością odnóg a nawet paraplegii prostéj i zwykłéj w skutek *Myelitis* nie przedstawiałby, choć ich ma dość na oddziale; czucie u choréj nie jest upośledzone, a w miarę postępu *Myelitis* występowałyby dalsze postępy porażeń, gdy tymczasem chora ta po hydroterapii zgina już nogi w kolanach i ma się nieco lepiéj. Jodek potasu zażywała chora raz i drugi przez dłuższy czas w dawkach postępowych (do 7grm. dziennie), szaruchę także wcierała, a to wszystko bez skutku, dla tego więc przypuszcza raczéj *Sclerosis* niż *Myelitis*. Co do drugiéj choréj, to *Paralysis bulbaris* czyli *glossolabialis* nie ma, bo nie ma ani skandowania w mowie, ani porażeń w dolnéj części twarzy; *atrophia musculor. progress.* także nie jest, boby nie wystąpiło wcale żadne polepszenie u choréj, a teraz jest jéj już nieco lepiéj, oko lewe jest już nieco ruchliwsze i mimiczne ruchy twarzy także zaczynają występować. Kiły u choréj nie ma, bo ani jodek potasu, ani wcierania szaruchy nic nie pomogły. Chora dobrze widzi, więc nie wziernikowano ócz: nie ma także choroby Brightha; a że nie ma i ozeny, więc nie badano jéj wziernikiem nosowym

2. Następuje wykład kol. Schramma: O wartości infuzyi soli kuchennéj po nagłéj utracie krwi. S. uważa infuzyję soli kuchennéj jako środek podnoszący ucisk śródnaczyniowy i podniecający czynność serca nawet po wielkich utratach krwi dzielniéj niż inne środki i na dłuższy czas, lecz nie stale, i nie jest w stanie zastąpić infuzyi krwi odwłóknionéj, którą po bardzo wielkich utratach krwi na czas wykonaną, uważa za jedyny możliwy ratunek dla chorego. Podnieść tu jeszcze wypada, że kol. Schramm nie uważa dodatku dwuwęglanu sodu do rozczynu chlorku sodu za niezbędny, a po utratach znacznych ilości krwi radzi przedewszystkiém zwykłe środki podniecające (wino, eter, ułożenie odpowiednie chorego głową na dół, autotransfuzyję itp.).

a gdy te nie pomagają, spróbować infuzyi roczczynu soli kuchennéj, poczém jeżeli polepszenie po infuzyi jest przemijającém, ma się dowód. że w organiźmie jest już za mało krwi, przystąpić bez zwłoki do transfuzyi krwi, bo jeżeli z przetoczeniem krwi opóźni się nieco, śmierć położy tymczasem kres życiu organizmu. (Dok. nast.).

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

(*S.*) Na posiedzeniu c. k. Towarzystwa lekarskiego, odbytém w Wiedniu dnia 17 b. m., zdał prof. Fritsch sprawę ze spostrzeżeń, które poczynił nad sposobem leczenia wścieklizny, podanym przez Pasteura. Podajemy na tém miejscu jedynie treść obszernego tego wykładu, który członkowie Towarzystwa lekarskiego przyjęli oklaskami. Prof. Fritsch zaznaczył zaraz z początku, że Pasteur wtajemniczył go całkowicie w najdrobniejsze szczegóły swéj metody i że zatajania czegokolwiek ze strony P. nie można było wcale zauważyć. P. zajmował się od więcéj niż pięciu lat badaniami nad wścieklizną; a za nader szczęśliwy pomysł uważać należy szczepienia za pomocą istoty rdzeniowéj zwierząt zamiast używania ich śliny o zmiennym składzie. Zwierzęta, którym za pomocą trepanacyi zaszczepiono nieco istoty rdzeniowéj, pochodzącéj ze zwierzęcia chorego na wściekliznę, pod oponę twardą, ulegały bez wyjątku téj chorobie. Obecnie również odbywa się szczepienie zapobiegawcze tylko za pomocą istoty rdzeniowéj, gdyż dotychczas nie poznano mikroorganizmu właściwego wściekliźnie.

Pierwszą wiadomość o możliwości osłabiania jadu wścieklizny podał P. w maju roku 1884. Spostrzegł on, że jad ten traci siłę po przeszczepieniu na małpy. gdy z drugiéj strony kolejne szczepienie królików i morskich świnek potęgowało siłę jadu. Zwierzęta szczepione kilkakroć jadem o mniejszém natężeniu znosiły bez szkody szczepienie jadem najsilniejszym. Komisyja ustanowiona przez Ministra oświaty Faillières potwierdziła zdanie Pasteura, że wścieklizny nie można wywołać u psów, które poprzednio zaszczepiono zapobiegawczo ani w ten sposób, że się te psy szczepi jadem o mocy większéj, ani gdy się je naraża na pokąsanie przez inne psy, dotknięte tą chorobą. Aby osłabić nasilenie jadu używa Pasteur obecnie innego sposobu, a mianowicie suszy przez pewien czas rdzeń pacierzowy królików, które pozdychały w skutek zaszczepienia t. zw. *virus fixe*. Rdzeń taki traci po 14tu dniach suszenia własność wywoływania wścieklizny, poddany suszeniu przez dni 6 stanowi najsłabszy środek szczepienny, po 5—3 dniach suszenia siła środka wzmaga się a po 24 lub 48 godzinach suszenia dochodzi siła jadu do *maximum*. *Virus fixe* otrzymał Pasteur przez kolejne szczepienie z królika na królika przez cały rok, rdzeń taki świeży wywołuje u królika wściekliznę po 7 dniach, u psa po upływie dni 8 do 10.

Opisawszy dokładnie doświadczenia przedsiębrane na zwierzętach i sposób otrzymywania płynu szczepiennego zestawił prof. Fritsch rezultaty otrzymane dotąd wśród zapobiegawczych szczepień ludzi pokąsanych. Szczepienie polega na podskórném wstrzykiwaniu w okolicę brzucha. Płyn szczepienny przygotowuje się w ten sposób, że małe kawałeczki rdzenia suszonego przez pewien czas rozciera się ze sterylizowanym bulijonem kurzym. Najprzód wstrzykuje się płyn najsłabszy (14 dniowy) a stopniując w ten sposób używa się wreszcie do szczepienia płynu najsilniejszego. Dawka dzienna wynosi odpowiednio do wieku osoby szczepionéj: całą lub pół strzykawki Pravaza.

Zachętę do rozpoczęcia szczepień na ludziach stanowiło dla Pasteura spostrzeżenie, że u zwierząt pokąsanych można za pomocą takich kolejnych szczepień uchylić wybuch choroby. W czasie pobytu prof. Fritscha w Paryżu zaszczepił Pasteur już 600 osób swoim sposobem, z tych umarło po koniec marca tylko dwie, a mianowicie dziewczyna, która się zgłosiła dopiero 37 dnia po pokąsaniu i Rosyjanin pokąsany przez wściekłego wilka, wszyscy inni przebyli szczepienia bez żadnéj szkody dla zdrowia. Od ukończenia szczepień upłynęło obecnie u 250 osób mniéj niż 4 tygodnie, w 350 przypadkach upłynęło 5 tygodni do 3 miesięcy, w jednym 5, a w jednym 8 miesięcy. Ze względu na długi okres wylęgania się wścieklizny u człowieka należy jeszcze ciągle wyczekiwać wiadomości o stanie zdrowia osób szczepionych, zanim się wypowie stanowcze zdanie o praktycznéj wartości szczepień przedsiębranych na ludziach; w każdym jednak razie należy powtórzyć doświadczenia na zwierzętach, olśniewające pewnością skutku.

W końcu zastanawiał się prof. F. nad częstością przypadków wścieklizny u ludzi w Austryi na podstawie wykazów statystycznych i wspomina o znakomitym rezultacie osiągniętym w Niemczech i Bawaryi przez energiczne i konsekwentne wykonywanie odnośnych przepisów policyjno-sanitarnych (obowiązkowy kaganiec). (*Wiener med. Presse*, 1886, Nr. 16).

* W sprawie szczepienia wścieklizny. Rząd meklemburski wysłał prof. Uffelmanna do Paryża, celem studyjowania na miejscu kwestyi téj cały świat interesującéj.

○ Książę Oldenburski zamierza urządzić w Petersburgu zakład dla leczenia wścieklizny drogą szczepienia; pod tym względem poczyniono już kroki wstępne.

○ Liczba lekarzy w Niemczech. W Niemczech przypada średnio jeden lekarz na 3.025 osób. Rozdział jednakowoż lekarzy jest bardzo nierówny, miasta bowiem i zakłady zdrojowe szczególnie obfitują w lekarzy: W Bonnie przypada 1 lekarz na 440 mieszkańców, w Wiesbadenie 1 na 558, a w Berlinie na 1063.

○ Do odwietrzania pokoi zaleca prof. Rouig w czasie epidemii cholery, duru, ospy itd. sublimat. Pokój, w którym przebywał chory odwietrza się dymem sublimatu w następujący sposób. Pokój zamyka się szczelnie a na środku ustawia naczynie z żarzącemi węglami. Na ten ogień rzuca się ze dwie uncyje sublimatu i nie otwiera pokoju przez 3 do 4 godzin. Starannie osłonić wypada usta i nos, gdy się wchodzi celem otwarcia okien. Po kilkogodzinném wietrzeniu pozostałe reszty rtęci można uczynić nieszkodliwemi przez nakadzanie siarką. (*The Lancet* 1886 I Nr. 12).

○ Eter i makowiec w ospie. Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa lekarzy szpitalnych uczynili Dreyfuss-Brissac i Balzer wzmiankę, iż próbowali sposobu leczenia ospy podanego przez Castelego za pomocą eteru i makowca i przekonali się o skuteczności tegoż. Polega on na podskórném wstrzykiwaniu eteru i podawaniu wewnętrznie dziennie 15 do 20 ctgrm. makowca. W ciężkich przypadkach ospy spływającéj krosty poronnie przechodzą, ropienie zmniejsza się, ogólne polepszenie pojawia się nagle. Balzer przekłada wewnętrzne stosowanie tak eteru jak makowca, lecz Castel uważa sposób ten za mniéj skuteczny niż podskórne stosowanie. (*The Lancet* 1886 I Nr. 11).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,5. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 0 (1 z. t): z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach duru brzusznego. W tygodniu od 28 marca do 3 kwietnia umarło z ospy: w Warszawie 3, w Pradze 8, w Wiedniu 9, w Wenecyi 2, w Zurychu 6, w Paryżu 4, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2, w Amsterdamie i Stokholmie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 5. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 7, w Petersburgu 17, w Paryżu i Londynie po 8. Z odry umarło: w Paryżu 24, w Londynie 27, w Petersburgu 35. Z płonicy umarło w Petersburgu 19. Z błonicy umarło: w Wiedniu 18, w Berlinie 30, w Wrocławiu 7, w Paryżu 30, w Londynie 19. Z krztuśca umarło w Paryżu 12, w Londynie 120. Cholera wybuchła na nowo we Francyi w departamencie Finistère.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 marca do 3 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,4; w Brodach 32,8; w Drohobyczu 63,5; w Kołomyi 45,4; w Przemyślu 38,0; w Stanisławowie 25,4; w Tarnopolu 36,6; w Tarnowie 34,1; w Czerniowcach 64,3; w Opawie 32,6; w Warszawie 33,4; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 33,2; w Salcburgu 34,6; w Gracu 36,5; w Tryjeście 39,3; w Insbruku 30,1; w Pradze 51,5; w Budapeszcie 38,4; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Dreźnie 25,4; w Gdańsku 27,5; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 27,8; w Bazylei 16,9; w Brukseli 36,6; w Chrystyjanii 23,4; w Genewie 36,0; w Kopenhadze 26,1; w Londynie 21,9; w Odesie 34,0; w Paryżu 28,3; w Petersburgu 37,4; w Stokholmie 32,4; w Wenecyi 29,0; w Zurychu 32,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Adamkiewicz miał wykład zapowiedziany.

* Rozporządzeniem p. Ministra Oświecenia taksa imatrykulacyjna w uniwersytetach austryjackich podniesioną została z 2 ½ zła. na 4 zła.

* Nakładem zasłużonego „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie“ wyszły właśnie „Wykłady z zakresu chorób drog moczowych męskich“ skreślone przez prof. Obalińskiego (in 8vo, str. 244). Postaramy się o rychłą ocenę tego dzieła.

* Dr. Barzycki prosi nas o sprostowanie, że niejest autorem uwag o taryfie sądowolekarskiéj, umieszczonych w *Tygodniku Rzeszowskim*.

* Otrzymaliśmy 13te Sprawozdanie Komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie z r. 1885. Dochód ogólny w roku tym wynosił 16.622 zła., rozchód zaś 15.102 zła. Obok dyrektora kliniki i oddziału szpitalnego prof. Jakubowskiego czynnymi byli lekarze: Dr. Murdzieński jako asystent kliniczny, Dr. Koy jako 1szy, Dr. Smolarski jako 2gi sekundaryjusz oraz Drowie Schmiedt i Wachtel, jako praktykanci. Leczono w zakładzie dzieci 1008, ambulatoryjnie zaś 3021.

* Wielce zasłużony nestor okulistów austryjackich, prof. Arlt, doznał złamania kości ramieniowéj lewéj właśnie w chwili, gdy miał odwiedzić chorego.

* **Warszawa.** D. 11 bm. otrzymał stopień doktora medycyny w Uniw. warsz. p. Stanisław Szczepan Zaleski, asystent zakładu farmakologicznego i docent instytutu weterynaryjnego w Dorpacie, po obronieniu rozprawy p. t. „Badania nad żelazem wątroby“. *(Gaz. Lek.)*.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny Dr. Adolf Schenkl mianowany został nadzw. profesorem okulistyki w Wydziale niem. — Referent lekarski Dr. Smoler, proponowany przez Wydział czeski na profesora psychijatryi, nie uzyskał potwierdzenia, z powodu, że łączenie urzędu referenta z katedrą profesora uznane zostało przez Ministerstwo za niewłaściwe.

* **Odznaczenie**. Pensyjonowany lekarz powiatowy w Jarosławiu, Dr. Aureli Plech, w uznaniu skutecznéj działalności w publicznéj służbie lekarskiéj otrzymał tytuł radzcy cesarskiego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Stanisław Brożyński rodem z Dukli, Jakób Spitzel z Krakowa, Wiktor Natter z Krakowa i Józafat Komar z Klimontowa w Król. Polskiém.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 4: Krówczyńskiego: O wpływie gimnastyki na narząd nerwowy. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Zaleskiego: Badania nad żelazem wątroby; Obrzuta: Przyczynek do nauki o komórkach olbrzymich gruźliczych (dok.); Modrzejewskiego: O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha środkowego (c. d.); Sękowskiego: Metoda przeciwgnilna w położnictwie. — W *Medycynie* Nr. 16: Wicherkiewicza: W sprawie wzroku mniéj lub więcéj prawidłowego przy wziernikowych zmianach zanikowych tarczy nerwu wzrokowego; Dobrzyckiego: Sławuta, zakład kumysowy i stacyja leśna (dok.).

Redakcyja otrzymała.

Józef NATANSON: Świat istot najdrobniejszych, Tom I, Warszawa 1885. (Odbitka z „Wszechświata“) in 8vo str. 259 z 8 tabl. litograf.

Stan. Szczep. ZALESKI: Izsliedowanija nad peczeniu. 1. Żeliezo peczeni. Dissertacyja na stepeń doktora mediciny. Petersburg 1886, in 8vo str. 56.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 28 bm. o godzinie 6téj posiedzenie nadzwyczajne w sali wykładowéj zakładu fizyjologicznego, na którém: kol. Cybulski okaże nowonabyte przyrządy graficzne w ruchu i objaśni takowe.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 1 maja 1886. **№ 18.** Rok XXV.

I. Leczenie nerwobólu za pomocą nowego sposobu znieczulenia miejscowego.

Podał Prof. Dr. Adamkiewicz.

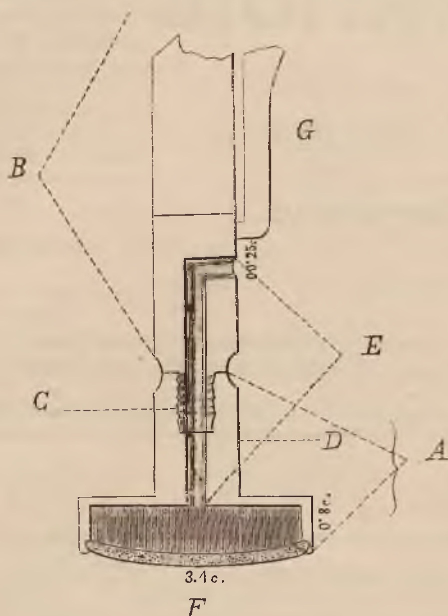
Pomiędzy wszystkiemi środkami, które kiedykolwiek przeciw nerwobólom polecano i stosowano, zyskał sobie prąd stały najpocześniejsze miejsce. Wytwarzane przezeń napięcie elektryczne ujemne jest jednym z najsilniejszych działaczy uspakajająco na boleśnie pobudzone nerwy wpływającym. Niedawno temu miałem sam sposobność (*Breslauer ärztliche Zeitschrift* 1886 Nr. 8) podać bardzo wybitny przykład tego działania.

Jak wiadomo jednak nie zawsze jest działanie anody niezawodném, a czasem zastosowanie jéj pozostaje bez skutku zmuszając lekarza uciekać się do środków farmakologicznych. Że zaś i te pod względem skuteczności pozostawiają nieco do życzenia, to już ztąd wynika, że pomimo wielkiéj ich liczby nowe polecenia nie okazały się wcale zbytecznemi. Nowe te polecenia skierowane są prawie wyłącznie ku środkom farmakologicznym. Sposób bowiem zastosowania prądu elektrycznego pozostaje w pewnych naturalnych granicach i odpowiednio do nich można myśleć tylko o działaniu anody, co najwyżéj katody lub prądu przerywanego, a wszystkie, jak doświadczenie uczy, w odpowiednich warunkach skutecznemi się okazały.

Uwzględniając, że z jednéj strony prąd elektryczny jak i środki farmakologiczne nie są absolutnie pewnemi, a z drugiéj strony każdy z nich ma pewne chociaż ograniczone działanie, trzeba było nad tém pomyśleć, czyby przez skombinowanie prądu z jakim środkiem farmakologicznym nie można stworzyć nowego środka, któryby przez zespolenie skuteczności dwóch środków odpowiedni, a więc większy, wpływ obu tych składników mógł rozwinąć. W wykonaniu téj myśli tém więcéj pożądanego skutku można było oczekiwać, odkąd doświadczenia Wagnera (*Wiener med. Blätter*, 1886, Nr. 6) pouczyły, że w rozczynie kokainu namaczany reofor jako anoda miernie silnego prądu przy zastósowaniu na skórę wprawdzie ograniczone, ale bardzo silne znieczulenie sprowadzić był w stanie.

Z góry obawiałem się, że wysoka cena kokainu zastosowanie go do kataforezy mogłaby w znacznym stopniu utrudnić, zwłaszcza tutaj, gdzie przy zastosowaniu zewnętrzném dużo się go traci. Przedsięwziąłem więc doświadczenia z środkiem, który mi już częstokroć przy zewnętrzném zastosowaniu w postaci kompresów Schnydera w przypadkach nerwobólu oddał dobre usługi, a to mianowicie z chloroformem. Zaraz atoli na początku moich doświadczeń pokazało się, że proste zwilżenie w zwykły sposób urządzonéj elektrody nie odpowiadało moim celom. Mała ilość chloroformu, która na pokryciu płóciennêm elektrody się zatrzymała, w krótkim czasie wśród doświadczenia wyparowawszy nie wystarczała do wywołania znieczulenia skóry. Zwilżenie zaś elektrody podczas posiedzenia było niemożebném, raz dla tego, ponieważ jestto dosyć niewygodném, a przedewszystkiém z tego względu, że kataforeza, jak łatwo zrozumieć, przed ukończeniem żadnéj przerwy nie znosi. Musiałem więc obmyśleć przedewszystkiém jakiś sposób, aby pomienione niedogodności doświadczenia usunąć. Zadanie do rozwiązania przedstawiało mi się jasno. Trzeba było skonstruować elektrodę, któraby 1) na raz objąć mogła odpowiednią ilość chloroformu do zupełnego znieczulenia skóry, względnie uśmierzenia bólu i 2) którąby podczas kataforezy mniéj lub więcéj taką samą ilość chloroformu w miarę jak go skóra pochłaniała równocześnie jéj oddawać mogła. Zadanie to rozwiązałem w ten sposób, że kazałem sobie sporządzić okrągły, próżny, metalowy zbiornik, kształtu zwykłéj płaskiéj elektrody, w którym podstawę stanowi cienka płytka z t. zw. „elektrycznego“ węgla. Węgiel ten w skutek swojéj dziurkowatości jest w stanie utrzymać przenikanie płynów, a w skutek łatwego przewodnictwa elektrycznego zdolnym jest przepuszczać prąd elektryczny.

Pojedynczy ten przyrząd możnaby nazwać elektrodą dyfuzyjną [1]).



Załączona rycina przedstawia ją na przekroju, jak również sposób, w jaki jest przymocowaną do dolnego końca rączki zwykle w użyciu będącéj. Elektroda *A* jest zrobioną z mosiądzu. Posiada, jak zwykła elektroda płaska, kształt grzybka, wewnątrz jest próżną, a pojemność jéj wynosi około 3cm. Wysokość ścian bocznych tego zbiornika wynosi 0·8cm., średnica zaś podobnie jak w podstawowych elektrodach (*Normalelektrode*) Erba 3cm. Na oprawce *D* téj elektrody znajduje się osada śruby *C*, za pomocą któréj elektroda do dolnego końca rączki *B* może być przymocowaną. Oprawka elektrody jak i dolny koniec rączki jest przewiercony wzdłuż *(E)*, a kanał ztąd powstały na górnym swym końcu zakrzywiając się pod kątem prostym kończy się tuż pod przyrządem do przerywania prądu *(G)*. Za pomocą tego kanału stoi wnętrze elektrody w związku z powietrzem i zapobiega wytwarzaniu się podczas kataforezy w zbiorniku próżni, którąby dalszemu przenikaniu płynu przeszkadzała. Elektroda dyfuzyjna wreszcie musi być przed zastosowaniem podobnie jak każda metalowa elektroda watą i płótnem pokryta, gdyż przy bezpośredniém stosowaniu płyty węglowéj (*F*) na skórze staje się kataforeza z chloroformem bardzo bolesną i tak silnie ją drażni, że z początku powstają guzki do pokrzywki podobne, a późniéj nawet strupki i wybroczynki.

W opisany sposób sporządzona elektroda dyfuzyjna zastosowuje się w następujący sposób.

Napełniwszy ją chloroformem i połączywszy z biegunem dodatnim bateryi stałéj, przyśrubowuje się ją do rączki i czeka aż płyta węglowa przesiąknie dobrze chloroformem i po przyłożeniu do katody igiełkę galwanometru wychyla. Teraz przykłada się katodę na obojętne miejsce ciała chorego, a elektrodę dyfuzyjną przed zamknięciem prądu stosuje się na miejsce bolesne, dokładnie przedtém oznaczone (punkty Valleixa itp.). Chory czuje teraz lekkie pieczenie. Skoro tylko do tego nieco się przyzwyczaił, otwiera się prąd i wybiera się z początku bardzo słaby. Siłę prądu podnosi się powoli coraz więcéj tak długo, aż go chory bez przykrości dobrze znosić może. Granice wahają się między 3, 5, 7 *MA*. Teraz już można zauważyć, że uczucie pieczenia w miarę trwania prądu powoli ustępuje, co, jak zaraz zobaczymy, od znieczulenia przez kataforezę wywołanego pochodzi.

Przepuszczając tak przez 2—3 minuty najsilniejszy prąd przez chorego jeszcze znoszony, osłabia się go powoli aż do zera. Należy prawie do reguły, że po takiém elektryzowaniu ból ustępuje zupełnie.

W wielu przypadkach nerwobólów nerwu trójdzielnego i pojedynczych jego gałęzi i przy bólach reumatycznych widziałem dotychczas już po jednorazowém takiém elektryzowaniu przerwanie bólów. Czasem jednak skutek ten dopiero po powtórném zadziałaniu prądu udało mi się osiągnąć. A chociaż czasem wyleczenie w ten sposób osiągnięte nie jest stałe, to jednak i téj czasowéj ulgi, którą się choremu przynosi, nie można nisko cenić. Działanie to kataforezy chloroformowéj polega na własności jéj znieczulenia bezpośredniego części bolesnych, a względnie chorego nerwu. O tém, że kataforeza chloroformowa posiada siłę miejscowego znieczulenia, przekonałem się w następujący sposób.

Jak wiadomo, zależy stopień kataforezy od rzęsistości prądu *(Stromdichte)* na miejscu zastosowania reoforu. A ponieważ rzęsistość prądu elektrycznego stoi w prostym stosunku do siły prądu, a w odwrotnym do przekroju poprzecznego przewodnika, zatém przy zastosowaniu jednéj i téj saméj elektrody wzrastać będzie kataforeza z siłą prądu.

Chcąc więc osiągnąć najsilniejszą kataforezę chloroformową i poznać jéj wpływ na prawidłowe czucie skóry, przedsiębrałem próby na młodych i silnych ludziach, podnosząc po zastosowaniu elektrody dyfuzyjnéj siłę prądu do najwyższych granic, które jeszcze znieść mogli. Granice te wahały się między 7 a 10 *MA*. Stosując taki prąd przez 5 minut, w czasie których 2—3cm. chloroformu w skórę wnika, mogłem następnie w obrębie kataforezy wykazać zupełne znieczulenie. Uczucie czy to ciepła czy zimna, dotyku lub ukłócia było zupełnie zniesione i mogłem nawet cały fałd skóry na wylot przebić bez żadnéj ze strony badanéj osoby reakcyi. Za pomocą galwanometru dla bezwzględnéj siły prądu można oczyma stwierdzić powoli rozwijające się znieczulenie skóry osób badanych. Można było bowiem widzieć, jak igiełka galwanometru coraz więcéj się odchyla, co wskazuje, że siła prądu staje się coraz większą. Ponieważ zaś ilość elementów nie zmienia się, zatém większe nasilenie prądu pochodzić musi od zmniejszonych w skutek kataforezy oporów w skórze osoby badanéj, a zwiększenie to nasilenia prądu nietylko nie wywołuje potęgowania się, ale owszem znikanie uczucia pieczenia w miejscu zastosowania elektrody dyfuzyjnéj.

Z tego wynika, że w stosunku, w jakim znikają opory w skórze zmniejsza się także czucie w téjże.

W ten sposób wywołane znieczulenie trwa 3 do 5 minut. Późniéj ustępuje zwolna; chociaż jeszcze w 10 do 15 minut nie znika zupełnie, a nawet po godzinach pozostają pewne jego ślady.

Uwagi godném jest także, że znieczulenie to nie ogranicza się tylko do miejsca stosowania elektrody dyfuzyjnéj, lecz że i w sąsiedztwie galwanizowanéj części skóry występuje ono w pewnym stopniu. I można się przekonać, że jeżeli robi się doświadczenie np. na stronie zewnętrznéj przedramienia, wtedy cała ta strona okazuje w mniejszym lub większym stopniu obniżone czucie.

[1]) Elektrodę dyfuzyjną wyrabia według moich wskazówek p. mechanik Preyer w Krakowie. Demonstrowałem ją na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 21 kwietnia b. r.

Przy takich doświadczeniach nie można się ustrzedz zadrażnienia skóry na miejscu stosowania elektrody dyfuzyjnéj, a czasem nawet zniszczenia przyskórka, co jednakże w skutkach swych zawsze jest rzeczą zupełnie obojętną.

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Rehan w artykule „Własne spostrzeżenia o błonicy“ zamieszczonym w Przeglądzie Lekarskim z r. 1878 str. 264 zachwala głębokie nacięcia migdałków i języczka za pomocą noża, następnie przestrzykiwanie gardła wodą lodową i tamowanie krwotoku kawałkami lodu. — Operacyja tego rodzaju dawała stosunkowo dobre wyniki obok podtrzymywania sił chorego za pomocą bulijonu, porteru, wina, koniaku i środków różnych wewnętrznie podawanych, jak kwas salicylowy, chloran potasowy, ale tylko w przypadkach, w których błonica nie przeszła na krtań, lecz ograniczała się do połyku. Prawdopodobnie przypadki te i bez przykrego nacinania byłyby się skończyły wyzdrowieniem w obec rozwinięcia całego aparatu leczniczego, w każdym zaś razie wyniki lecznicze osiągnięte przez nacinanie migdałków w chwili nie rozpoczynania się dopiero choroby, lecz spotęgowania jéj i poczynającego się już oddzielania błon chorobowych, muszą być uznanemi za nader problematyczne.

Dobieszewski w rozprawce „Przyczynek do leczenia błonicy (Medycyna t. VIII, Nr. 23 z r. 1880), porzuca pędzlowania roztworem kwasu karbolowego, a natomiast jako bardzo skuteczne poleca wdmuchiwanie kwiatu siarczanego 3 razy dziennie.

Weitzenblut również w „Medycynie“ z r. 1880, Nr. 2, porzuca kwas karbolowy jako szkodliwy i zanadto silnie drażniący błonę śluzową połyku, a natomiast gorąco poleca jako środek niezawodny mięszankę złożoną z kwasu będźwinowego (2 cz.), mleka siarczanego (1 cz.) i gliceryny (16 cz.); Szymański w Nrze 44 „Medycyny“ zachwala ten środek, gdyż przez użycie jego w przypadku szkarlatyny z błonicą osiągnął nader szybko oczyszczenie się połyku.

Sznabl i Dziedzicki w Nrze 8 „Medycyny“ z r. 1880 uznają bardzo słusznie mleko siarczane za zupełnie bezskuteczne (działa tu bowiem pomyślnie niezawodnie tylko kwas bęźwinowy i gliceryna; *przyp. aut.*) lecz zamiast jednéj mięszaniny polecają drugą, tj. lekki roztwór azotanu srebrowego z 5% rozczynem kwasu karbolowego.

Malinowski w rozprawie: Kilka słów o leczeniu błonicy ogólném i miejscowém, zamieszczonéj w „Medycynie“ tom VIII, Nr. 6, z r. 1880, zaleca w celu przyspieszenia zapalenia odczynowego ciepłe okłady na szyję i wziewania pary wodnéj czystéj lub z domieszką chloranu potasowego; wewnętrznie podaje zawsze chinin, jako lek nader skuteczny, a do pędzlowania zaleca którykolwiek środek przeciwgnilny. (Użycie ciepła i wziewań ciepłych bardzo jest rzeczą pożyteczną w 2gim okresie dyfteryi, tj. w chwili poczynającego się już oddzielania błon i wówczas to przyspieszamy i ułatwiamy wydalanie błon i w istocie według wymagań kol. Malinowskiego pomagamy naturze).

Warschauer w Przeglądzie Lekarskim Nr. 45, 46 i 47 z r. 1880 zamieścił rozprawę „o wartości chlorku pilokarpinu w błonicy“, z któréj nie można wcale powziąść pochlebnego wyobrażenia o tym leku, a przypadki chorobowe szczegółowo opisane nie należą nawet do kategoryi „dyfteryi w ścisłém słowa tego znaczeniu“, lecz do przypadków płonicy i zapaleń nieżytowych gardła. Podobnież w „dalszych spostrzeżeniach co do użycia chlorku pilokarpinu w błonicy i niektórych chorobach narządu oddechowego“, zamieszczonych w Nrze 13 i 14 Przeglądu Lekarskiego z r. 1881, opisuje tenże sam autor 4 przypadki szkarlatyny z dyfterytyczném zapaleniem połyku, zakończone pomyślnie przy użyciu pilokarpinu, a dwa przypadki dyfterytycznego zapalenia krtani zakończone pomimo użycia tego środka śmiercią. W cięższych zatém przypadkach i lek ten niestety zawodzi, co zresztą sam autor przyznaje, doznawszy zawsze rozczarowania w przypadkach złośliwszych dyfteryi.

Kowalski w rozprawie zamieszczonéj w Przeglądzie Lekarskim Nr. 12 z r. 1881 „Cudze i własne doświadczenia lecznicze z wodochloranem pilokarpinowym w chorobie Brighta i dyfteryi“, przytacza 30 przypadków dyfteryi leczonych sposobem Guttmanna, z tych jednak 8 leczonych w szpitalu tarnowskim szczegółowo jest skreślonych, podczas gdy o 22 leczonych w praktyce prywatnéj krótką tylko znajdujemy wzmiankę. Z pomiędzy 8 leczonych w szpitalu tylko w 2 przypadkach widocznie cięższych znajdowało się białko w moczu, jako wyraz ogólnego zakażenia (u 8-letniéj Maryi Gałeckiéj i 6-letniéj Emilii Pawlickiéj), a z tych obu chorych przyjętych w 3cim dniu choroby młodsza, bo 6-letnia, umarła wśród przypadów zwężenia krtani, starsza zaś po tygodniowém leczeniu pilokarpinem i chloranem potasowym do płukania użytym, opuściła uzdrowiona szpital.

W praktyce prywatnéj miały być wyniki leczenia nader świetnemi, bo z 18 dzieci w wieku od 1—13 lat umarł tylko jeden 1½-letni chłopczyk; jeżeli jednak uwzględnimy, że przypadki tym sposobem leczone stanowiły materyjał kończącéj się już epidemii, która nieraz sama przez się łagodnieje, to nie można stanowczo orzec, zwłaszcza w obec braku szczegółowych historyj chorób, czy całą zasługę świetnych wyników terapeutycznych jedynie pilokarpinowi przypisać należy.—Zgoła zaś pojąć mi trudno, jak pilokarpin drogą nerwu współczulnego ma niszczyć zarodniki dyfterytyczne, o których nawet po upływie lat 4 od chwili ogłoszenia powyższéj rozprawy nic pewnego nie wiemy.

Paczkowski z Pelplina w artykule zamieszczonym w Nrze 21 Przeglądu Lekarskiego z r. 1883 (str. 274): „O leczeniu błonicy“ po wstępnych uwagach o różnych formach dyfteryi, zaleca gorąco energiczne przyżeganie błon dyfterytycznych za pomocą kamienia piekielnego, osadzonego bezpiecznie w piórku i kładzie główny nacisk, że należy kamień wciskać do głębi nie oszczędzając błony śluzowéj na granicy nalotu, a przyżeganie azotanem srebrowym wykonywać wolno, a dokładnie od dołu ku górze. Jednorazowe przyżeganie wystarczy, potém zaś zaleca autor wdechiwanie wody wapiennéj i płukanie gardła rozczynem chloranu potasowego (1·50:100) lub kwasu salicylowego (*Acidi salicylici* 2·00, *Alcohol.* 60·00, *Aq.* 120·00); małym zaś dzieciom daje do picia *Kali bromatum* z *Aq. Chlori* (*Rp. Kali bromati* 4—6·00:180·00 *Aq.* i *Aq. Chlori* 60·00, każde w osobnéj flaszeczce, a przed użyciem co godzina mięsza się łyżkę rozczynu bromu z łyżeczką wody chlorowéj i zaraz daje się choremu wypić). Wytwarzający się brom działa korzystnie jako lek przeciwgnilny niszcząc pierwiastek dyfterytyczny. Do tego sposobu leczenia nadają się, zdaniem Paczkowskiego, szczególniéj przypadki dyfteryi z wypociną niezbyt rozległą i ściśle ograniczoną i to w pierwszych chwilach pojawienia się choroby“.

Sposobu zalecanego przez kol. Paczkowskiego użyłem dotąd w jednym tylko przypadku, który opiszę poniżéj, gdzie w mych oczach niemal rozwinęła się dyfteryja u $4^1/_2$ letniéj dziewczynki, a przypadek ten w istocie zakończył się pomyślnie, chociaż naloty chorobowe na obu migdałkach się odnowiły i przez dłuższy czas ustąpić nie chciały. Szereg jednak przypadków, w których z korzyścią możnaby użyć téj metody, musi być nader szczupłym, bo rzadko spotyka się lekarz z chorobą dyfteryi zaraz w pierwszych chwilach jéj powstawania, a wiadomą jest rzeczą, że w przypadkach cięższych już w 12 godzinach tak są zajęte migdałki przez wypocinę chorobową, że o radykalném wypaleniu ich powierzchni mowy być nie może. Kamień piekielny zatém mógłby być jedynie w przypadkach dyfteryi miejscowéj, a nie ogólnéj i odrazu zakaźnéj, z pewną korzyścią użytym; z drugiéj strony jednak przyznać należy, że te przypadki i bez wypalenia kamieniem, lecz po użyciu energiczném zwykłych metod leczenia racyjonalnego pomyślnie się kończą.

Józefowicz i Bronikowski w N. 5tym Gazety Lekarskiéj warszawskiéj z r. 1884 opisali razem 9 przypadków dyfteryi, w których olejku terpentynowego ze znakomitym skutkiem używali stosując go miejscowo i wewnętrznie. Stwierdzając znakomite działanie tego leku z powodu jego własności przeciwgnilnych podają ci autorowie, że tylko wydalanie moczu było trudném i bolesném. Wyniki spostrzeżeń tych autorów są te same, co i Satlowa, który leczył 43 przypadki dyfteryi z nader pomyślnym rezultatem, bo tylko jednego chorego utracił; w 8 jednak przypadkach spostrzegł powikłanie z chorobą nerkową. Wpływ jednak szkodliwy terpentyny na nerki jest przemijającym. Zazwyczaj wystarcza 15·00 *Ol. Terebinthinae* lub *Ol. Terebinthinae e. Aether. sulfur. aā* 15·00 i popijanie leku tego mlekiem lub winem.

Co do mnie, to używałem terpentyny wewnętrznie tylko w przypadkach dyfteryi epidemicznéj na wsi z różném szczęściem ale z predylekcyją używam go i zalecić mogę do wziewań i rozpylań w pokoju, jako środek niewątpliwie wytwarzający ozon i działający przeciwgnilnie.

Po wyczerpnięciu w ten sposób literatury swojskiéj o zabiegach terapeutycznych w dyfteryi, wspomieć mi wypada, przynajmniéj w krótkim ustępie, o nader ważnym rękoczynie, tj. o cięciu krtaniowém (Tracheotomii) wykonywaném z rozmaitém szczęściem, lecz przeważnie z wynikiem rzadko pomyślnym w przebiegu dyfteryi, gdy choroba ta zajmie już krtań i stanie się przyczyną zwężenia téjże grożąc choremu uduszeniem.— Skoro tylko pojawią się objawy chorobowe świadczące o zajmowaniu krtani przez sprawę dyfterytyczną, obowiązkiem jest naszym natychmiast zabiegi nasze lecznicze zwrócić w tę stronę i prócz okładów ciepłych zalecanych gorąco przez Kaulicha (l. c.), a stósowanych na szyję przy użyciu zwykłéj krawatki flanelowéj, zamaczanéj w ciepłéj wodzie i pokrytéj ceratką, lub też krawatki Leitera z rurkami cynowemi, przez które przepływa woda ciepła o temperaturze 43°C.,—użyć jeszcze wdechiwań za pomocą przyrządu Siegla, a jako leku użyć możemy albo kwasu mlekowego (60 kropli: 150 *Aq.*), albo sublimatu 0·05:200 *Aq.*, resorcynu $^1/_2$%, kwasu karbolowego 1%, albo wreszcie wody wapiennéj (*Aq. calcis, Aq. fontis destill. āā* 100·00, *Spirit. vini* 2·0 *MDS.* do wziewań). Można również próbować zasypywań krtani jodoformem (*Rp. Jodoformii* 2·00 *Magn. carbonicae v. Natri bicarbon.* 12·00 *Mfpulv. subtilissimus DS.* do zasypywania krtani, biorąc oczywiście małą część tego proszku). Jeżeli zabiegi te nie odniosą pożądanego skutku, należy w razie potęgowania się objawów cieśni krtaniowéj przygotować rodzinę na potrzebę wykonania cięcia krtaniowego z wyraźném jednak zastrzeżeniem się, że tracheotomija nie jest zabiegiem ratującym niewątpliwie chorego w razie nawet pomyślnego jéj dokonania, lecz jest tylko środkiem, przez który usuwamy nieochybną śmierć chorego i zyskujemy na czasie do dalszéj walki z groźnym nieprzyjacielem. W ten sposób pojęta wartość tracheotomii i wpojona w przekonanie ludności, nie każe nam ani przeceniać, ani zanadto lekceważyć tak ważnego zabiegu leczniczego i zwolna może i w kraju naszym w miarę przybywania zręcznych operatorów, podnoszenia się poziomu oświaty ogólnéj, i znikania zawiści koleżeńskiéj upowszechni się i wykonywanie cięcia krtaniowego i niejedno życie uratować dozwoli. Nie mogę się téż powstrzymać od dosłownego przytoczenia trafnych uwag nieodżałowanego śp. Szeparowicza, który w swym „Przyczynku do kazuistyki rozcięcia tchawicy“ zamieszczonym w Przeglądzie Lekarskim z r. 1875, str. 247 o wykonywaniu tracheotomii w dyfteryi (w dławcu i błonicy) tak się wyraża: „słuszną byłoby rzeczą i czas już, aby tracheotomija nabyła u wszystkich kolegów prawo obywatelskie, którego niestety dotychczas przynajmniéj u nas brakuje! Inaczéj we Francyi, inaczéj w Niemczech! Od czasu pamiętnych prac, które ogłosili Trousseau, Bretonneau i Pitha, operacyja ta tak się tam przyjęła, że niektórzy lekarze, jak Guerrant, Bouchut, Bartels, Monti liczą po kilkaset przypadków tracheotomij z własnéj praktyki bądź przez się, bądź przez kolegów chirurgów wykonanych. U nas przeciwnie! nie słyszy się nic o tym środku po mniejszych miastach; a jeżeli się zbada przyczynę tego stwierdza się, że w pierwszym rzędzie stoi na przeszkodzie rozszerzeniu się tego środka leczniczego przesadna obawa, przecenianie niebezpieczeństwa jego ze strony samych lekarzy! a w drugim nieszczęśliwy brak niezawisłości i przedmiotowéj stanowczości lekarza względem choroby i społeczeństwa! Zawsze osłabia lub niweczy najlepsze chęci i najgodniejsze porywy naszych kolegów owo skrupulatne oglądanie się na wynik praktyczny, a względnie na zdania osób niezawodowych. Nie uwzględnia się tego, że się coraz bardziéj traci grunt pod sobą w obec téj opinii publicznéj, im mniejszą objawia się pewność swego naukowego stanowiska i solidarność między sobą! Przecenianie zaś niebezpieczeństwa tego środka pochodzi z braku poglądów statystycznych i z braku wprawy. Jeżeli się kilkakrotnie tracheotomiję zrobiło, traci ona zupełnie ów straszny pozór, jaki ma dla tego, który jéj jeszcze nie robił. Nic dziwnego, że taki Guersant zrobiwszy ją w kilku setkach przypadków, w obec Pithy, który o tém wspomina, do uczniów swoich tak się odezwał: że nie pojmuje obawy swoich kolegów względem trachotomii *„pour moi ce n'est, qu'une saignée“*. Tracheotomija powinna stać się zarówno z hernijotomiją własnością każdego lekarza, a najbardziéj lekarzy praktykujących tam, gdzie nie ma specyjalistów!!“ Na str. 258 w Przeglądzie Lekarskim z r. 1875 mówi: „Nie należy hołdować niechęci Oertla do tracheotomii w przebiegu dyfteryi, lecz trzymać się zasady wypowiedzianéj przez Senatora: operować we wszystkich przypadkach, gdzie są wybitne objawy zwężenia krtani, nie oglądając się na skutek, a błonicowa istota choroby powinna tylko co najwięcéj na rokowanie wpływać“. Znakomite te uwagi Szeparowicza można tylko podkreślić a złotym jego słowom przyklasnąć, gdyż dotąd nic nie straciły ze swéj świeżości i ze swéj tra-

łności. Po dalsze też szczegóły dotyczące sposobu wykonania tracheotomii, użycia narzędzi itd. odsyłam ciekawych do przytoczonéj jego cennéj rozprawy, a dodam tylko, że przy wykonaniu tracheotomii nie używam nigdy żadnych sztucznie zbudowanych tracheotomów, lecz posługuję się zwykłemi skalpelami i małemi haczykami, operuję ściśle w linii środkowéj krtani, tamuję dokładnie krwotok podwiązując żyły i tętniczki, odsłaniam powoli dokładnie wiąz stożkowy krtani i małym nożykiem rozcinam go dostatecznie, poczém bokiem wprowadzam rurkę krtaniową i bezpiecznie ją za pomocą tasiemek na szyi przytwierdzam. Operuję zwolna, bez zbytecznego pośpiechu i nigdy nie chloroformuję chorego, aby jednego zatrucia nie potęgować drugiém i nie narażać się na łatwiejszą utratę chorego. Wprawdzie tracheotomija wykonywana u duszącego się dziecka jest nieraz operacyją dość trudną, a bez porównania trudniejszą, niż u dorosłego, lecz przy zimnéj krwi i jakiéj takiéj asystencyi można ją niemal zawsze pomyślnie ukończyć. — Po wykonaniu operacyi opatruję ranę środkami przeciwgnilnemi, najczęściéj gazą jodoformową zamaczaną w 5% kwasie karbolowym i należycie wyciśniętą i watą Brunsa; oraz polecam choremu wziewanie wody wapiennéj lub będźwinianu sodowego według odpowiednich okoliczności. (C. d. n.)

III Oceny i sprawozdania.

Prof. J. C. Eberth i C. Schimmelbusch: **Badania doświadczalne nad zakrzepicą.**

Zdawało się do niedawna, że sprawa zakrzepicy jest już skończona i że tu się już nic więcéj nie da powiedzieć. W miejsce zastarzałych pojęć i tłumaczeń na podstawie złéj mięszaniny krwi, lub zapalenia naczyń, jako przyczyn krzepnienia krwi postawił Virchow nową teoryję, mianowicie teoryję przyczyn mechanicznych, polegających na zwolnieniu lub zupełnym zastoju prądu krwi, oraz wpływu tlenu na krew wynaczynioną. Choć ta teoryja nie była w zupełności wystarczającą, przełamała jednak lody i utorowała drogę całemu szeregowi pracowników i badaczy takich, jak Brücke i Zahn, Pitres, Schmidt, Weigert, Köhler, Recklinghausen, Cohnheim, a w głównych zarysach utrzymała się aż do dzisiejszych czasów, tak że nawet najnowsze badania Schimmelbuscha, którémi się dziś zajmujemy, nie odrzucają, jak zobaczymy, przyczyny mechanicznéj. Nie będziemy przypominać, jak się stopniowo rozwijała aż do naszych czasów nauka o krzepnieniu krwi i zakrzepicy. Ostatni stopień rozwoju téj nauki znajdzie ciekawy czytelnik w dostępném dla każdego dziele Zieglera i to na niejedném miejscu. Tu rzecz przedstawiona już jest w duchu najnowszych pojęć z możliwém wyzyskaniem najnowszych zdobyczy naukowych na tém polu. Najwięcéj wpłynęło na ten przewrót w pojęciach o zakrzepicy odkrycie przez Hayema i Bizzozerę trzeciego rodzaju ciałek krwi, nazwanych przez pierwszego „zarodzią krwi“, *Haematoblastae*, a przez drugiego „blaszkami krwi“, *Blutplättchen*. Sami jednak odkrywcy nie mieli jasnego pojęcia o ich znaczeniu: Krzyknąwszy εὕρηκα, na domysł prawie zrównali je co do znaczenia z ciałkami białemi, uważając je zarówno z tamtemi za źródło t. zw. zaczynu krwi, oraz istoty włóknikotwórczéj (*fibrinoplastic*), a tém samém przyznając równorzędne znaczenie w krzepnięciu krwi i zakrzepicy. W szczególności ważném jest dla nas, że skrzep biały miał powstawać tak z ciałek białych jak i blaszek krwi. Byłato jednak rzecz zanadto nowa, trudna tymczasowo do sprawdzenia głównie dla tego, że nie znano sposobu utrwalenia tych blaszek. Wtém w końcu r. z. wystąpił Schimmelbusch z pracą, z któréj treścią czytelników niedawno (patrz Przegl. Lek. z r. 1885, Nr. 51) zapoznaliśmy. Treścią jéj, że blaszki krwi nie dostarczają ani t. zw. zaczynu włóknikowego, ani istoty włóknikotwórczéj, czyli że do wytworzenia włóknika wcale się nie przyczyniają; że sprawa krzepnięcia krwi jest więcéj sprawą krystalizacyjną. To pierwsza zaczepka na przypisywane przez odkrywców blaszkom krwi znaczenie. W niniejszéj pracy jeszcze daléj posuwa się autor, znów całkiem przeciwne podając zapatrywania co do ich znaczenia w zakrzepicy, czyli skrzepnięciu krwi wewnątrz naczyń, w szczególności przy tworzeniu do dziś dnia tak zwanych białych skrzepów. Sprawę tę godzi autor w ten sposób, że jak tam blaszki krwi wyłączył zupełnie od współudziału w krzepnięciu krwi w całości, tak tu każe białym skrzepom powstawać wyłącznie z blaszek Bizzozery. A jaką drogą Sch. przyszedł do tych wniosków, w krótkości obecnie podajemy. Dotąd rozróżniano trzy główne typy prądu krwi, tj. prąd prawidłowy, ustawienie przybrzeżne ciałek białych, t. zw. *Randstellung der Leukocythen* i zastój zupełny. Jak wiadomo, prąd prawidłowy składa się z części osiowéj, w któréj płyną ciałka gatunkowo najcięższe, tj. ciałka czerwone i blaszki, jakoteż z części przybrzeżnéj, w któréj płynie osocze, a tu i owdzie posuwa się raz naprzód, drugi raz wstecz, wzdłuż ściany ciałko białe. W części osiowéj nie odróżnisz ciałek czerwonych z powodu pozornéj szybkości prądu. W prądzie zwolnionym widzimy nagromadzenie się ciałek białych w części przyściennéj; przy jeszcze znaczniejszém zwolnieniu ilość ciałek białych zmniejsza się, płyną one już teraz nawet w części osiowéj, a natomiast pojawiają się blaszki Bizzozery, na co zwrócił uwagę najpierw Sch. Jeżeli prąd nie poprawia się, to taka się ich ilość tutaj nagromadza, że prawie wyłącznie zapełniają część przybrzeżną prądu, a taki obraz nazywa Sch. „ustawieniem przybrzeżném blaszek“ *Randstellung der Blutplättchen*. Mamy więc jeszcze jeden typ prądu krwi, który winien zająć miejsce trzecie.

Bardzo wielkie znaczenie przywięzuje Sch. do własności blaszek, u nich tylko znalezionéj, tj. łatwości z jaką między sobą się zlepiają, jakoteż gdziekolwiek do ciał obcych stale przyczepiają. We krwi płynącéj braknie im téj własności. Na uwagę zasługuje i ta okoliczność, że nigdy nie zlepiają się ani z ciałkami czerwonemi ani nawet z białemi. Ani czerwone ani białe ciałka nie okazują nic podobnego. Własność ta polega na t. zw. „przemianie zlepnéj,“ *viscöse Metamorphose*, którą okazują blaszki zmienione. Znaną nam jest znikomość blaszek, a pierwszym znakiem ich zguby jest zróżnicowanie istoty blaszek na część środkową ziarnistą, podobną do jądra, oraz obwodową jaśniejszą, jednostajną. Własność nazwaną przemianą zlepną lub lepną [1]) posiada owa część obwodowa.

W jakiż więc sposób powstają te sporne skrzepy białe? Jak wiadomo Cohnheim nauczył nas oglądać pod mikroskopem zmiany w prądzie krwi. Szybkie krążenie prawidłowego prądu zmienia się z czasem: prąd wolnieje, w części przybrzeżnéj występują ciałka białe, późniéj miejsce ich zabierają blaszki krwi, w końcu ustaje krążenie. Ze swoich spostrzeżeń nad prądem krwi wysnuwa Sch. ten wniosek, że proste, niepowikłane zwolnienie prądu, czy to przychodzi do

[1]) *Viscös* pochodzi od „*viscum*“ jemioła, z któréj pochodzi lep na ptaki.

przyściennego ustawienia ciałek białych, czy też blaszek, samo przez się nie sprowadza zakrzepicy; następnie, jeżeli przy obrażeniach ścian naczyń da się blaszkom przez zwolnienie prądu możność pojawienia się w częściach przybrzeżnych strumienia, zetknięcia się z obrażoną ścianą i przylepienia się, to wtedy powstają zakrzepy blaszkowe. Powstanie tychże tylko z blaszek każe nam myśleć o bardzo regularnym sposobie powstawania: musi istnieć stale wolny prąd, w którym się zbiera dostateczna ilość blaszek w częściach przyściennych i skrzep róść wolno. Jeżeli skrzep się prędko tworzy, a szybkość prądu to się zwalnia to przyspiesza, to i obraz skrzepu jest rozmaity. W każdym jednak razie są blaszki częścią jego istotną, inne ciałka są tylko przypadkowemi. Skrzepy powstają tylko przy bardzo zwolnionem krążeniu lub na miejscach, na których osiowy strumień krwi zamącony jest przez wiry; prawidłowy lub miernie zwolniony prąd krwi jest uchroniony od powstawania skrzepu przez właściwe rozłożenie ciałek krwi w prądzie; prąd ten chroni blaszki, wiodąc je w swojéj osi i otaczając warstwą osocza, od zetknięcia z obrażoną ścianą naczynia, a przez to od zmian.

Z tego nastręczają się nam następujące uwagi praktyczne: najpierw, że sama zmiana naczyń lub brak przybłonka nie wystarczają do wytworzenia zakrzepicy, dopiero gdy się utworzy takie zwolnienie prądu krwi, iż blaszki ustawiają się przyściennie lub jeżeli w miejscu naruszenia ściany powstają wiry niszczące charakter osiowy strumienia. Że dopiero zejście się zmian w krążeniu z przemianą lepną blaszek jest przyczyną zakrzepicy, tłumaczy nam to wiele zjawisk, w których występują t. zw. białe skrzepy. Nieraz znajdujemy w zwłokach rozległe zniszczenie ścian bez wytworzenia odpowiednich skrzepów; nie zadziwi nas, dla czego skrzepy powstają w naczyniach włosowatych i żyłach łatwiéj niż w tętnicach, łatwiéj w zatokach mózgowych i żylakach niż w żyłach wielkich. Gdzie krew płynie bez zachowania typu osiowego, tam potrzeba rzeczywiście tylko naruszenia ścian, aby skrzep powstał. Nie da się także utrzymać dawniejsze zapatrywanie, że skrzep raz wytworzony w ten sposób się powiększa, że na swojéj powierzchni osadza coraz nowe ilości włóknika. Albowiem nawet najmniejszy skrzep działając jako zaczyn włóknikowy, musiałby sprowadzić skrzepnięcie całéj ilości krwi. Ustanie téj sprawy w taki tylko sposób możemy sobie wyobrazić, że przypuścimy, iż skrzep tak długo rośnie, jak długo nowe blaszki z nim się stykają i zlepiają; wzrost zaś jego ustaje, jeżeli go przy porządkującém się krążeniu otacza warstwa osocza.

W obec tego upada dawniejsze pojmowanie, że zakrzepica biała jest także tylko skrzepnięciem krwi, z którém, równie jak z wytworzeniem włóknika, nie ma żadnego związku. Sprawa ta polega na zlepieniu *(conglutinatio)* a nie na ścięciu się *(coagulatio)*. *(Virchow's Archiv* T. 103, Z. 1).

S. Świerz.

Prof. Dr. L. Brieger: **O związku, jaki zachodzi między ostrym gośćcem stawowym a chorobami nerwowemi.**

Angielscy autorowie (Copland, Bright, Brown) i francuscy (Sée, Botrel, Roger) przyznają pewien związek między ostrym gośćcem stawowym a pląsawicą, gdy tymczasem z niemieckich jedynie tylko Henoch podaje, że w lekkich przypadkach gośćca stawowego przydarza się równocześnie pląsawica. Steiner zaś na 252 przypadków pląsawicy tylko 4 razy obserwował poprzedzający ostry gościec stawowy. Z nowszych zaś autorów Prior stanowczo zaprzecza związkowi między jedną a drugą chorobą, i opiera swoje twierdzenie na 92 przypadkach. Prof. B. podaje zaś z własnéj obserwacyi trzy przypadki, w których bezsprzecznie zachodził przyczynowy związek pomiędzy pląsawicą, nerwobólem kulszowym a gośćcem stawowym. Pierwszy z nich dotyczy 17-letniéj panienki, która z początkiem lutego 1885 r. cierpiała na obrzmienie i bolesność stawów: nadgarstkowego, kolanowego i skokowego prawego, tak że wówczas z powodu bólów chodzić nawet nie mogła. Po tygodniu bóle i obrzmienie ustąpiło i chora czuła się zupełnie zdrową. Dopiero w kilka dni spostrzegła chora, że jéj ręce drżą, gdy bierze coś do ręki i w ręku nie może utrzymać przedmiotów. Potém mięśnie odnóg dolnych i mięśnie twarzy zaczęły jéj drżeć, tak że w końcu mowa jéj stała się niewyraźną. W tym okresie choroby zgłosiła się do kliniki, gdzie zauważono zaraz, że chora leżąc na łóżku rzuca się to na jednę to na drugą stronę, siedzenie jest niemożliwe, wszystkie odnogi znajdują się w ciągłych ruchach, mowa zaś bardzo niewyraźna. W sercu i w innych narządach żadnych zmian nie znaleziono. Chora używając *Sol. ars. Fowleri* traciła powoli to drżenie i była już prawie zdrową, bo tylko lekkie drżenie odnóg górnych dawało się zauważyć, kiedy 22 maja naraz ciepłota podniosła się do 39°, a chora skarżyła się na bolesność w obydwóch stawach nadgarstkowych i w lewym stawie łokciowym. Stawy te były mocno obrzmiałe, zaczerwienione i przy ruchach nadzwyczaj bolesne. Zaprzestano *Sol. arsen.* a podano *Natr. salicylicum.* Ciepłota do 28 maja wahała się między 39,0°—39,5°, potém wróciła do stanu prawidłowego, pomimo że bolesność stawów jeszcze się utrzymywała. Drżenie rąk w tym czasie zupełnie ustąpiło i chora mogła swobodnie mięśniami władać. Naraz znowu 3 czerwca ciepłota podnosi się do 38,9°, obrzmienie i bolesność stawów kolanowych i nadgarstkowych występuje wyraźnie, jednak po kilkonastorazowym używaniu *Natr. salicyl.* i te dolegliwości zmniejszają się, tak że już 18 czerwca nie ma najmniejszego śladu przebytego gośćca stawowego. Tego jednak dnia przy wizycie rannéj zauważył prof. B. kurcze w mięśniach twarzy i rąk, które w ciągu 4 dni tak się wzmogły, żeśmy mieli zupełnie podobny obraz pląsawicy jak z początku choroby. Podano znowu choréj *Sol. ars. Fowleri* i pod wpływem tego lekowania chora w połowie lipca jako zupełnie zdrowa opuściła klinikę.

W drugim przypadku obok gośćca stawowego ostrego chora dostała nerwobólu kulszowego. Praczka, 23 lat mająca, przeziębiwszy się mocno, dostała silnego bólu w stawach barkowych, łokciowych, skokowych i kolanowych, przyczém stawy były mocno obrzmiałe. Jednocześnie chora skarży się na przeszywające bóle na tylnéj powierzchni lewéj nogi, bóle, które idą od kości krzyżowéj aż do kolana i łydki. Badając chorą znalazł prof. B. obrzęk tych stawów i w charakterystycznych punktach przy ucisku wzdłuż nerwu kulszowego znaczną bolesność. Bóle te napadami od czasu do czasu występowały. Podano choréj *Natr. salicyl.* i po użyciu 120grm. objawy gośćca stawowego zniknęły a pozostał tylko nerwoból kulszowy, który wyleczony został 40grm. *Natr. benzoici* i prądem stałym. Chora w parę tygodni opuściła klinikę będąc zupełnie zdrową. Druga chora, służąca, po silném przeziębieniu się dostała obrzmienia i bólu w lewym stawie skokowym i kolanowym, przytém wysokiéj gorączki i potów. Równocześnie chora dostała przeszywających bólów wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego. Przyjętą została 17 listopada do kliniki. Oprócz obrzęku i bolesności w powyższych

stawach znaleziono jeszcze obrzęk stawów szczękowych, lekkie zapalenie osierdzia przy ciepłocie 38—39,3°. Po wyżyciu 50grm. *Natr. salicyl.* wszystkie te objawy ustąpiły a z niemi i nerwoból kulszowy, tak że chora opuściła klinikę d. 5 grudnia będąc zupełnie zdrową. W tych więc dwóch przypadkach mamy niezaprzeczenie związek przyczynowy, bo z ustąpieniem gośćca i nerwoból albo się zmniejszył albo ustąpił, a nadto leczenie przeciwgośćcowe miało bardzo wybitny skutek i na nerwoból kulszowy. *(Berlin. klin. Wochenschrift*, 1886, Nr. 10). *Dr. J. Surzycki.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Egger. **Nowy sposób rozróżniania wina czystego naturalnego od win, do których dodano wody.** Sposób ten ma za podstawę dawno już zrobione spostrzeżenie (Uffelmann), że wino naturalne nie zawiera nigdy ani kwasu azotowego ani azotawego. Według Eggera należy wino białe odbarwić węglem zwierzęcym, następnie z przesączu tego daje się kilka kropli na miseczkę, w któréj się znajduje ziarnko difenylaminu z 1sz.c. zgęszczonego kwasu siarkowego. Natychmiast albo po małéj chwili występuje zabarwienie niebieskie w razie obecności kw. azotowego lub azotawego. Badania wykazały, że bezpośrednio można wykryć jeszcze 10mgr. N_2O_5 w litrze wina. Aby wykryć jeszcze mniejsze ilości, odparowuje się 100sz.c. wina na łaźni wodnéj do gęstości syropu, dodaje się po oziębieniu bezwodnego wyskoku, dopóki tworzy się jeszcze osad (sole, istoty białkowate itd.). Następnie pozostałość przesącza się, do przesączu dodaje się wody i węgla zwierzęcego, podparowuje się znów do objętości mniéj więcéj 10c.sz., przesącza i szuka się w sposób powyższy N_2O_5. Tą metodą autor był w stanie wykryć jeszcze 0·5mgr. N_2O_5 w jednym litrze wina gallizowanego. Z winami czerwonemi należy postąpić nieco odmiennie. 100c.sz. wina zaprawia się octanem ołowiowym, na gorąco sączy się, do przesączu dodaje się $MgSO_7$, odsącza się od strątu ołowiowego i czysty teraz roztwór bada się jak wyżéj. (*Arch. f. Hygiene. D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 2).

Ω. Prof. Fraser, **Strofantin**. Fraser otrzymał z nasion *Strophantus hispidus*, rośliny wijącéj się z środkowéj Afryki, nową trucizną sercową. Według Livingstona nasiona téj rośliny służą do otrzymywania krajowcom nader zabójczéj trucizny, którą oni strzały swoje zaprawiają. Strofantin przedstawia się jako masa, złożona z nader drobnych, różnych co do postaci kryształków. Bardzo słaby rozczyn téj trucizny, zastrzyknięty podskórnie żabie, wywołuje natychmiast porażenie czynności serca. Komórki są w skurczu silnym, blade, przedsionki rozszerzone, ciemno zabarwione. Niewątpliwie strofantin działa bezpośrednio na mięsień sercowy. Pod tym względem można strofantin postawić obok dygitaliny, jednak działa on o wiele silniéj od téj ostatniéj. (*D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 1).

Ω. Z powodu wykładu Dra Kugelmanna z Hanoweru **o leczeniu przewlekłego nieżytu macicy** wstrzykiwaniami wewnątrzmacicznemi jodoformu, ogłasza Dr. Weissenberg z Kołobrzegu w *Berl. klin. Wochenschrift* (1886, Nr. 5), że on tę metodę już dawniéj podał, bo w r. 1882 (*B. klin. Wschrift*, Nr. 9). W dodatku opisuje autor nowy przyrząd przez siebie obmyślany do wprowadzania do jamy macicznéj jodoformu. Przyrząd ten składa się z dwóch części: 1) z kateteru męskiego, zgłębnikowo zakrzywionego, posiadającego po bokach dwa otwory, dającego się rozśrubować na dwie części, z których jedna tym sposobem przedstawia zbiornik, w który się jodoform wsypuje, i 2) strzykawki, do któréj wkręca się część pierwsza. Przez wepchnięcie tłoka strzykawki jodoform dostaje się do wnętrza macicy.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 17 lutego 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 34.

1) Przed przystąpieniem do porządku dziennego, kol. Korczyński czyni następujący wniosek: „Towarzystwo lek. krak. uznając potrzebę wzięcia w opiekę przemysłu krajowego na polu lecznictwa, wznawia istniejącą poprzednio w Tow. lek. Komisyję stałą dla popierania tegoż przemysłu. Zadaniem téj Komisyi będzie wyszukiwanie, ocenianie, utrzymywanie w ciągłéj ewidencyi i popieranie przez rozpowszechnianie wiadomości za pośrednictwem Tow. lek. o tych krajowych przetworach chemicznych, aptekarskich i dyjetetycznych, narzędziach diagnostycznych i leczniczych, przyrządach opatrunkowych i do pielęgnowania chorych, które przez Komisyję uznane zostaną jako dobre i celowi odpowiednie. Z pod opieki Komisyi wykluczone są stanowczo wszelkie środki lecznicze tajemne i tak zwane uniwersalne". Wniosek ten zgodnie z życzeniem wnioskodawcy odesłano do Komisyi, która wybraną została na poprzedniém posiedzeniu do ocenienia wniosku kol. Gluzińskiego.

2. Kol. Prus mówił o barwieniu tkanek żywych sposobem Ehrlicha. Sposób ten polega na wstrzykiwaniu wodnego rozczynu błękitu metylenowego do żyły zwierzęcia żyjącego. Po pewnym czasie barwią się pięknie niebiesko: 1) obwodowe rozgałęzienia nn. czuciowych, 2) zakończenia n. smakowego i węchowego, 3) nerwy mięśni gładkich i serca, 4) w ośrodkach zaś nerwowych uwydatnia się dosyć szerokie włókno nerwowe, szczególnie w tak zwanych jądrach rdzenia przedłużonego i gęste sieci najdelikatniejszych włókienek nerwowych w korze mózgowéj, 5) w komórkach zwojowych n. współczulnego barwi się tylko włókno spiralne, 6) z zakończeń nn. ruchowych zabarwione bywają czasem tylko zakończenia w mięśniach oka, przepony i krtani, podczas gdy pnie nerwowe nie barwią się nigdy. Prelegent, zachęcony przez prof. Browicza, rozpoczął szereg doświadczeń w tym kierunku, a stwierdziwszy podania Ehrlicha, przedstawił preparaty mikroskopowe zakończeń nerwów w sercu, pęcherzu moczowym, języku i naczyniach krwionośnych żaby. Dla dłuższego zatrzymania barwy w preparatach używał kol. Prus, według rady prof. Browicza, zgęszczonego rozczynu octanu potasowego, w którym, jak wiadomo, przechowują się żywe tkanki przez czas dłuższy. Barwienie się żywych nerwów błękitem metylenowym tłumaczy Ehrlich obecnością siarki w błękicie metylenowym i alkaliczném oddziaływaniem nerwów.

3. Przewodniczący otwiera dyskusyję nad wykładem kol. Gluzińskiego z poprzedniego posiedzenia „o zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych". — Kol. Jaworski prosi o powtórzenie otrzymanych wyników i metody badania, nadmieniając zarazem, że o ile sobie przypomina ś. p. kol. Wolfram pozostawić musiał wiele porozpoczynanych a niedokończonych w téj mierze spostrzeżeń. — Kol. Gluziński czyniąc temu zadosyć reasumuje ponownie w krótkości wynik doświadczeń podjętych przez kol. Wolframa: 1) Przypadki badane ze względu na zachowanie się soku żołądkowego podczas gorączki, dają się podzielić na zakaźne i niezakaźne, gdyż w obydwóch grupach zachowanie się soku żołądkowego jest odmienne. 2) W przypadkach zakaźnych przez cały czas gorączkowania wydzielał się sok niezawierający kw. solnego, nietrawiący ani wewnątrz organizmu, ani przy sztuczném trawieniu, trawiący jednak sztucznie dobrze, jeżeli do próby dodało się odpowiednią ilość kw. solnego, co dowodziło, że pepsyna w sokach tych była a niezdolność trawienia pochodziła tylko z braku kw. solnego. Najczęściéj z chwilą przełamania się gorączki, rzadziéj w kilka dni późniéj pojawiał się dzielny sok żołądkowy, trawiący dobrze, i zewnątrz organizmu i sztucznie. Grupa druga, t. j. gorączek niezakaźnych, odróżniała się sokiem żołądkowym, który zawierał zawsze w dostatecznéj ilości kwas solny i dobrze trawił. Zdaje się więc, że nie tyle stan gorączkowy, ile samo zakażenie wywiera wpływ na zachowanie się soku żołądkowego. Dwa praktyczne wnioski z doświadczeń tych dają się wysnuć: *a*) wskazaną jest rzeczą podawać w chorobach gorączkowych zakaźnych kw. solny, zamiast używanych dotąd innych kwasów, jak kw. fosforowy, *elixir acid. Halleri* itp., *b*) ponieważ zdaje się, że obniżanie się ciepłoty wpływa na pojawianie się kw. solnego, byłby

to jeszcze jeden powód więcéj do działania przeciwgorączkowego. Kwestyja ta, będąca dotąd przypuszczeniem, rozjaśni się zapewne po ukończeniu doświadczeń nad zachowaniem się trawienia w obec podawania środków przeciwgorączkowych, jakie dokonywają się w klinice prof. Korczyńskiego, a przy sposobności których będzie można stwierdzić, czy sztuczne obniżanie ciepłoty wpływa korzystnie na trawienie żołądkowe. Co do drugiego pytania nadmienia kol. Gluziński, że śp. Wolfram użył do badania metody, jaką prelegent podał wspólnie z kol. Jaworskim, zasady, której miał już sposobność opisać w roku przeszłym w Przeglądzie Lek. i wygłosić na posiedzeniu Tow. lek. Korzystając jednak ze sposobności, staje prelegent w obronie wspomnianéj metody. skoro wystąpienie Ewalda w ostatnich numerach *Berl. klin. Wochensch* metodę tę uznaje za nieodpowiednią, zalecając natomiast własną, w której białko użyte w krakowskich doświadczeniach do zadrażnienia bł. śluzowéj, zastępuje herbatą i bułką. Kol. Gluziński nie chce powtarzać całego toku myśli, jaki poprzedził opracowanie metody jego i współpracownika, gdyż rzecz ta jest ogłoszona a wspomina tylko, że przewodnią myślą doświadczeń było badać funkcyję żołądka chemiczną i mechaniczną wśród trawienia samego. Rodzaj wybranego do doświadczeń pokarmu jest rzeczą podrzędniejszą a myślą przewodnią jest badać podczas trawienia Wybierając białko współpracownicy kierowali się tą prawdą, że żołądek jest przeznaczony przeważnie do trawienia istot białkowatych, a więc potrzeba przedewszystkiém uwzględnić zachowanie się jego funkcyi względem tych właśnie istot a nie skrobiowatych, jak to czyni Ewald. Naturalną jest rzeczą, iż tenże używając istot skrobiowatych, w pierwszych chwilach trawienia wykazywał kw. mlekowy, którego nie ma, biorąc do prób białko. Idąc metodą Ewalda łatwo się przekonać, że wydobyta treść żołądkowa po godzinie, jak radzi autor, jest tak mętną nawet po przesączeniu, że o dokonaniu próby na kwas solny i peptony itd. mowy nawet nie ma. Metodą zaś koll. Gluzińskiego i Jaworskiego bada się za jednym zachodem dwie funkcyje żołądka, t. j mechaniczną i chemiczną, gdy postępując drogą Ewalda w najlepszym razie tylko chemiczną zbadać możemy. Nadto metoda pierwsza może służyć do rozwiązywań zagadnień naukowych, czego dowodem prace dokonane w klinice prof. Korczyńskiego, jak kol. Jaworskiego „o wpływie wody i soli karlsbadzkiéj na trawienie“, kol. A. Gluzińskiego „o wpływie wyskoku na funkcyje żołądka“, wreszcie kol. Wolframa służące za powód do obecnéj dyskusyi, wszystkie zaś dokonane tą samą metodą. — Kol. Korczyński nadmienia. że praca kol. Wolframa podjętą została na szerszy rozmiar. lecz autor z powodu swéj choroby nie mógł wykończyć wielu spostrzeżeń rozpoczętych. z których pozostały tylko luźne notatki, niedające się obecnie dostatecznie zużytkować. To téż kol. Gluzinski wywodzi wnioski ogólne o zachowaniu się trawienia białka w żołądkach ludzi gorączkujących tylko z tych spostrzeżeń kol Wolframa, które przeprowadzone i spisane były z wszelką dokładnością, a czynione na jednych i tych samych chorych przez czas dłuższy. Z powodu nie zbyt wielkiéj liczby takich dokładnych spostrzeżeń, praca ta nie może sobie rościć prawa do wszechstronnego i dokładnego wyczerpania przedmiotu. Ogłoszenie jéj, czego podjął się właśnie kol. Gluziński. jest mimo to bardzo pożądane. albowiem w nauce, z wyjątkiem jednego przypadku Uffelmanna, nie mamy dotąd ani jednego ściśle naukowego spostrzeżenia, jak się zachowuje trawienie wśród żołądka człowieka gorączkującego. Zresztą tak ważna sprawa wielu jeszcze pracowników zatrudnić może, zanim dojdzie się do wszechstronnego rozpoznania prawideł trawienia wśród gorączki. Badania mechanizmu i chemizmu trawienia żołądkowego wśród rozmaitych warunków, będą i nadal przedmiotem prac dokonywanych w klinice lek. krakowskiéj, a do nich nietylko, że czynną rękę przykłada kol. Jaworski budząc wszelkie uznanie dla swego naukowego zapału i niczém nieznużonéj pracy, ale nadto jemu należy się zasługa, że do kliniki lek. krakowskiéj wprowadził sposoby ściślejszego badania żołądka. Kierownik téj kliniki poczytuje sobie jako zaszczytny obowiązek staranie się o to, aby dalsze prace na tém polu korzystnie rozwijać się mogły

4. Kol. Mikulicz wyłożył rzecz „o chirurgiczném leczeniu otoku ropnego jamy Highmora“. Prelegent przeszedłszy historycznie zdania uczonych o znaczeniu téj jamy, okazał jéj stosunki anatomiczne na rozlicznych przekrojach głów ludzkich zauważanych i zachowanych w wyskoku, rozebrał główne postacie chorobowe. omówił sposoby lecznicze, okazując narzędzia służące do wykonania rękoczynów w zakresie wyż wspomnianych chorób. (Rzecz ta będzie ogłoszoną w jedném z czasopism lekarskich warszawskich). *Dr. Dobruchowski.*

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

X. zwyczajne naukowe posiedzenie z d. 21 listopada 1885 r.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 24.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

W dyskusyi zabrał głos kol. Ed. Sawicki przytaczając, że na oddziale miał chorą po wielkim krwotoku, u któréj z powodu braku czasu i narzędzi zastósował wstrzykiwania miąższowe podskórne rozczynu chlorku sodu, i stan choréj polepszył się o tyle, że potem zupełnie wyzdrowiała Co do saméj infuzyi i działania jéj fizyjologicznego nadmienia. że widział w pracowniach, jak po wielkich utratach krwi wstrzykiwano zwierzętom do krwi rozczyn węglanu potasu i stósowano sztuczne oddychanie z pomyślnym skutkiem, serce bowiem funkcyjonuje długo, mimo że nawet mózg jest nieczynny. Co do parcia ościennego, to serce, gdy jest próżne i naczynia próżne, ma wprawdzie głód, ale ma téż i mniejszą pracę do wykonania. Krew potrzebuje tlenu, hemoglobina wiąże tlen i to tlen trzyatomowy O_3, bo O_2 ma hemoglobina a O_1 jako ruchomy przybywa z powietrza; przy obecności alkalijów (tak samo jak przy fosforescencyi) łatwiéj utlenia tlen komórki miąższowe, a więc wstrzykiwania chlorku sodu i dwuwęglanu sodu mogą ułatwić utlenianie komórek. Wiadomo, że brak tlenu prędzéj się daje przykro uczuć organizmowi niż brak dowozu żywności; bo przy śmierci głodowéj np. mózg jest ostatnim organem, który cierpi, podczas gdy po uciśnięciu tętnic szyjnych i wstrzymaniu w ten sposób dowozu tlenu do mózgu mózg natychmiast zaczyna cierpieć; sądzi więc z tych powodów, że wstrzykiwania rozczynu chlorku sodu i dwuwęglanu sodu są korzystne. — Kol. Przewodniczący zauważa, że prelegent podniósł tylko jeden wzgląd korzystny po wstrzyknięciu rozczynu chlorku sodu i dwuwęglanu sodowego, tj. powiększenie się parcia ościennego w naczyniach; nie podniósł zaś wcale względu i działania chemicznego takiego wstrzyknięcia, a działanie to jest bardzo ważne. Doświadczenie bowiem uczy, że serce żabie pozbawione zupełnie krwi, gdy po paru godzinach doda się rozczynu chlorku sodu i dwuwęglanu sodowego, zaczyna się ruszać a wtedy nie powiększa się przecież parcia ościennego. Sądzi więc. że nie trzeba tego dwuwęglanu sodowego dodanego do rozczynu chlorku sodu lekceważyć, bo dodatek jego jest bardzo ważny ze względów chem fizyjolog. Kol. Stroynowski przypomina przypadek infuzyi, o którym roku zeszłego mówił. Chora była 21szy raz w ciąży, *placenta praevia*, utrata krwi bardzo wielka, przypadek w ogóle nader rozpaczliwy, a po infuzyi zaraz miała się znacznie lepiéj i wyzdrowiała. Czy byłaby i bez infuzyi wyzdrowiała, nie wiadomo, a może i tak by było; w każdym razie robi infuzyja na chorym i jego otoczeniu i na lekarzu bardzo dobre wrażenie i wydaje się być zabiegiem nader korzystnym. O ile mu wiadomo, namyślał się raz także kol. Bylicki. czy robić infuzyję, czy nie i nie zdecydował się zrobić, a chora i tak wyzdrowiała. W każdym razie jest za infuzyją. — Kol Szpilmann zapytuje prelegenta, jak robił transfuzyję krwi, albowiem przy transfuzyi może istotnie ferment do krwi się dostać i krzepnienie wywołać, a następowo zatory w płucach itp., a daléj zauważa, że jeżeli się transfuzyję robi ze krwi ustroju jednego rodzaju zwierząt do ustroju innego rodzaju zwierząt, to może zajść i tak przypadek, że ciałka krwi przetoczonéj rozpuszczą się w surowicy krwi zwierzęcia, któremu wtoczono krew, dla tego należy unikać przetaczania krwi zwierzęcéj. Co do ozonu wspomnianego przez kol. Ed. Sawickiego zauważa, że nie jest dotąd rzeczą pewną, a nawet zdaje się nieprawdopodobną, aby ozon czyli O_3 (tlen trójatomowy) zawarty był w hemoglobinie. Kol. Bylicki ze stanowiska praktycznego nadmienia, że czasem po niewielkiéj stosunkowo utracie krwi u położnic występuje ostra niedokrewność, a znowu w innych przypadkach, pomimo znacznéj stosunkowo utraty krwi, nie występują objawy ostréj niedokrewności, przypomina tedy, że w jamie brzusznéj, zwłaszcza około macicy saméj, są wielkie sploty żylne, w których krew jest wprawdzie, lecz z powodu zwolnionéj tłoczni brzusznéj itp. jest

krążenie zwolnione i jest niejako z ogólnego obiegu pewna część krwi wyjętą na pewien czas. Otóż, jeżeli te warunki zmienią się na korzyść, chore mają się lepiéj; gdybyśmy więc chcieli w takich przypadkach robić infuzyję, może się nam łatwo wydarzyć, że postanawiamy robić infuzyję, przygotowujemy rozczyn potrzebny i narzędzia i wracamy do choréj w celu dokonania operacyi, a chora tymczasem ma się już stosunkowo bardzo dobrze i operacyja jest całkiem niepotrzebną. Daléj sądzi, że gdyby tętnice wieńcowe serca zawierały dobrą krew tętniczą a reszta naczyń tylko rozczyn chlorku sodu (i dwuwęglanu sodowego), toby serce i tak funkcyjonowało należycie. — Kol. Ziębicki nadmienia, że raz przyniesiono na oddział człowieka po wielkiéj utracie krwi prawie z niedokrewności ostréj nieżywego, zrobił u niego infuzyję z rozczynu chlorku sodu i dwuwęglanu sodowego i osiągnął efekt nadzwyczajny, chory bowiem prawie nieżywy po wtoczeniu trzecich 500grm. rozczynu usiadł, oprzytomniał i prawie ożył, tak że się aż inni chorzy patrzący na to przestraszyli; obawia się tylko, że łatwość zrobienia infuzyi i efekt, jaki ona sprawia, może nieraz skłonić lekarza do zrobienia téj więcéj efektownéj niż znaczącéj operacyi, a opóźnić przez to potrzebniejszy rękoczyn, mianowicie transfuzyję krwi itp., na czém chory mógłby źle wyjść. Kol. Kadyi oświadcza, że go wykład kol. Schramma zupełnie przekonywa, bo istotnie krew jest taką cieczą, która się nie da niczém inném zastąpić. Przypomina, że kol. Obaliński w Krakowie robił infuzyje krwi do jamy brzusznéj i liczeniem ciałek krwi przekonywał się, że z jamy brzusznéj wchodzi krew i ciałka krwi do naczyń osobnika, któremu infuzyję zrobiono; proponuje więc, czyby się nie dało połączyć infuzyi rozczynu chlorku sodu do naczyń z transfuzyją krwi do jamy brzusznéj.— Kol. Merczyński zauważa, że podnoszono wielokrotnie podczas dyskusyi, iż rozczyn chlorku sodu i dwuwęglanu sodowego podnieca czynność serca, a wiadomo przecież, że i inne środki, jak eter itp. podnoszą także czynność serca, a z nich wstrzyknięciem pod skórę w razie potrzeby daleko mniéj przecież zachodu, niż z infuzyją rozczynu chlorku sodu. Daléj zapytuje kol. Ed. Sawickiego, jak robił owe infuzyje chlorku sodu podskórne do 300grm. i czy się nie tworzyły guzy i ropnie, bo sam robił takie infuzyje w miąższ, a nawet mniejsze, lecz tworzyły się następowo znaczne guzy w miejscu wstrzyknięcia. Kol. Schramm odpowiada koledze Szpilmanowi, że robił transfuzyje psom według wszelkich zasad sztuki z wszelkiemi ostrożnościami; że przetoczył psom krew psią, bo sądzi, że transfuzyja krwi z jednego rodzaju zwierząt na inny już na zawsze i stanowczo porzuconą została; że odwłókniał krew pręcikiem, potém ją cedził, a potém nim jeszcze mogła zacząć krzepnąć, fermentować itd. wtaczał ją, w ogóle robił to tak, jak się u ludzi robić zwykło. Co do działania rozczynu chlorku sodu, czy to z dodatkiem dwuwęglanu sodu lub bez tegoż, to sądzi, że napełnienie naczyń, choćby nawet czystą tylko wodą, podnosi tętno, czynność serca itd.; nie uwzględniał więc z tego powodu tak bardzo dodawania dwuwęglanu sodowego, bo zdaje mu się, że oddawanie tlenu z tego alkali nie wiele się do wzmożenia czynności serca i polepszenia stanu ogólnego przyczynia, bo na to, sądzi, że potrzeba skład krwi poprawić, a więc potrzeba ciałek krwi. Za tém zdaje się przemawiać fakt, że jeżeli po dokonanéj infuzyi osłabnie znowu czynność serca i ponowimy znowu infuzyję rozczynu chlorku sodu, to czynność serca już się nie wzmoże, a gdy zrobimy transfuzyję krwi, to stan się poprawi i czynność serca się wzmoże. Co do ostréj anemii często u położnic przemijającą napotykanéj, sądzi, że tu często wstrząs jest przyczyną, o czém jednak przekonać się dosyć trudno, bo trudno przecież nosić zawsze ze sobą przyrządy do liczenia ciałek krwi, mikroskopy itd. Radzi więc w takich przypadkach robić infuzyję rozczynu chlorku sodu, bo to jest środek silnie podniecający czynność serca, a gdy ta czynność znowu słabnie i upada, radzi przystąpić do transfuzyi krwi. — Kol. Ed. Sawicki zapytuje, czyby kol. Schramm nie był za wstrzykiwaniami do jamy brzusznéj mleka, które także bywa wsysaném. Kol. Merczyńskiemu zaś odpowiada, że u choréj po wstrzyknięciach miąższowych nawet 300grm. nie robiły się guzy i zwraca uwagę, że skóra jest w stanie znacznie większe parcie wytrzymać. — Kol. Seifmann podnosi, że doświadczenia prelegenta zasługują ze wszech miar na uwagę, dowodzą bowiem, że w chwili potrzeby groźnéj i niebezpieczeństwa przez infuzyję rozczynu chlorku sodu zyskuje się bardzo na czasie, bo polepsza stan chorego, a jeżeli potém okaże się potrzeba transfuzyi krwi, to zyskuje się czas na przygotowanie i zrobienie transfuzyi. Co do transfuzyi saméj krwi podnosi, że można z nią zakaźne materyje wprowadzić do organizmu, a może i osoba, z któréj krew się bierze, czy to rurką itp., uledz zakażeniu od osoby, dla któréj krew ma dać, zwraca więc na tę okoliczność uwagę i podnosi także i z téj strony wartość infuzyi rozczynu chlorku sodu. *Dr. Wiktor.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w marcu r. 1886.

Tyfus brzuszny, przybierający od września 1885 coraz większe rozmiary, panował w marcu w 109 miejscowościach a stwierdzono go u 2452 osób, w tym samym miesiącu roku ubiegłego stwierdzono 2770 przypadków choroby. Z 2452 leczonych w marcu b. r. chorych, wyzdrowiało 1427 czyli 58·2%, umarło 248 czyli 10% (w lutym 7·4%), pozostało z końcem miesiąca w leczeniu 777 osób w 65 gminach. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie rawskim (w 13 gminach), w jaworowskim (w 10 gm.) i w bobreckim (w 6 gm.). Większą ilość chorych stwierdzono także w czterech gminach powiatu lwowskiego i w tym powiecie stwierdzono, że źródłem tyfusu były areszta sądu powiatowego w Winnikach, zkąd przez wypuszczenie chorych w styczniu b. r. rozwlekła się choroba do dwu gmin (Biłka i Czyżyków). W obu tych gminach zachorowało do końca marca 135 osób, a z tych już 13 umarło.

Tyfus wysypkowy także od września z. r. wzmaga się stopniowo coraz bardziéj. W marcu stwierdzono go u 649 osób w 26 gminach 19 powiatów. W tym samym miesiącu roku ubiegłego stwierdzono 1054 chorych. Z 649 leczonych chorych wyzdrowiało 444 czyli 67%, umarło 58 czyli 8·9%, pozostało w leczeniu 157 w 9 miejscowościach. Najwięcéj był tyfus plamisty rozszerzony w powiecie stryjskim (w trzech gminach 94 chorych) i w powiecie brzeżańskim (w 2 gminach 93 chorych). Z końcem miesiąca pozostała największa liczba chorych (34) w jednéj gminie w powiecie buczackim.

Tyfus powrotny wygasł w ciągu marca zupełnie. Z 25 chorych leczonych w dwu gminach powiatu jaworowskiego wyzdrowiało 23, umarło 2 czyli 8%.

Szkarlatyna zmniejsza się stopniowo od początku bieżącego roku. W marcu stwierdzono ją w 30 gminach 19tu powiatów u 855 chorych, z tych wyzdrowiało 609 osób czyli 71·2%, umarło 80 czyli 9·4%, pozostało w leczeniu 166 osób (o 110 mniéj niż z końcem lutego) w jedenastu gminach. Najwięcéj gmin dotkniętych tą chorobą było w powiecie jasielskim (5 gmin) a najzłośliwszym był przebieg choroby w jednéj gminie pow. jaworowskiego, gdzie na ludność 419 zachorowało 56 osób, a z tych umarło 10 czyli 18%.

Dyfteryja wystąpiła sporadycznie w 4 gminach trzech powiatów z bardzo łagodnym przebiegiem.

Epidemija odry wzmagająca się od sześciu miesięcy zdaje się, iż dosięgła swego szczytu. Wprawdzie liczba chorych leczonych w marcu była prawie taką samą, jak w lutym (5950 i 5940), także i śmiertelność w marcu była wyższą niż w lutym, lecz liczba pozostałych z końcem marca chorych jest o wiele niższą 1163, niż w lutym 1771. Najwięcéj była odra rozszerzoną w powiecie bocheńskim (w 16 gminach) w brodzkim i mieleckim (po 13 gmin), w mościskim (w 8 gminach), w tym ostatnim powiecie zarówno jak i w lutym z znaczną śmiertelnością, także wystąpiła odra dość groźnie w powiecie stryjskim. Z 5950 leczonych w marcu chorych wyzdrowiało 4333 czyli 72·8%, umarło 454 czyli 7·6% (w lutym 5·3%).

Krztusiec znacznie się zmniejszył; podczas gdy w każdym miesiącu ubiegłego roku liczba leczonych na koklusz chorych nie była mniejszą niż 1500, a dochodziła do 4284 w lutym r. 1885, to w marcu b. r. stwierdzono tylko 954 przypadków choroby. Z téj liczby chorych wyzdrowiało 697 osób czyli 73·1%, umarło tylko 20 osób, t. j. 2·1%; pozostało w leczeniu w 9 miejscowościach 237 chorych.

Dysenteryja, która z końcem stycznia b. r. zupełnie wygasła, pojawiła się znowu w marcu w trzech gminach dwu powiatów; stwierdzono ją u 62 osób z śmiertelnością 8·1%.

Ospa straciła w marcu nieco na rozszerzeniu; stwierdzono ją w 18 powiatach w 78 miejscowościach. Z 950 leczonych chorych (w lutym było 1042) wyzdrowiało 592 z tych było 420 czyli 44·2% szczepionych a 172 czyli 18·1% nieszczepionych, umarło 96, z tych było 30, czyli 3·2%, szczepionych a 66, czyli 6·9%, nieszczepionych. Pozostało z końcem marca 262 chorych, z tych 170 szczepionych czyli 17·8% i 92 czyli 9·7% nieszczepionych. Najwięcéj gmin nawiedzonych ospą (15) było w powiecie rawskim, lecz w wszystkich tych gminach liczba chorych była mniejszą niż w powiecie myślenickim (165 chorych w 10 gminach), nowotarskim (160 chorych w 8 gminach), w sokalskim (142 chorych w 12 gminach) i w żywieckim (109 chorych w 8 gminach).

Lwów d. 23 kwietnia 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

○ Usposobienie ptaków do gruźlicy. Podług Nocarda wszystkie ptaki utrzymywane w domu mają usposobienie do gruźlicy; znajdujący się u nich prątek odpowiada temu, jaki znajdujemy u zwierząt czworonożnych. W roku 1884 opisał Johne (*Z. f. Mikroskopie u. Fleischschau*), że w pewnym przypadku zapadły kury, które spożywały plwociny suchotnika. Trzy podobne przypadki kreśli Nocard (*Recueil de Med. Vet.*). Staranne dochodzenia wykazały, że kury ulegały gruźlicy po dostaniu się plwocin suchotników do ich pożywienia. Gruźlica może być przeniesioną na kury także przez inne zwierzęta. W Nevers obok rzeźni znajduje się handel, w którym sprzedają odpadki wnętrzności itd. Właściciel tego sklepu chowa kury, które karmi odpadkami płuc, wątroby, śledziony itd., których sprzedać nie można, prawie wszystkie kury zdechają z gruźlicy. Szczepiąc gruźlicze masy ze zwierząt lub mieszając je z pożywieniem zabił Nocard 4 kury, 6 gołębi i jędora. Śmierć nastawała w czasie od 6 tygodni do 4 miesięcy po zaszczepieniu. (*Gesundheit* 1886 Nr. 1).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35·4. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 1 duru brzusznego, 7 duru osutkowego. W tygodniu od 4—10 kwietnia umarło z cholery 1 w Wenecyi. Z ospy umarło w Warszawie 1, w Wiedniu 7, w Pradze 4, w Rzymie 11, w Zurychu 6, w Paryżu 7, w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło w Warszawie i Londynie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 11. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 7, w Paryżu 15, w Petersburgu 22. Z odry umarło w Rzymie 30, w Paryżu 24, w Londynie 52, w Petersburgu 34. Z płonicy umarło w Hamburgu 6, w Paryżu 11, w Londynie 10, w Petersburgu 26. Z błonicy umarło w Berlinie 25, w Dreźnie 8, w Wiedniu 10, w Paryżu 40, w Londynie 25, w Brukseli 8, w Petersburgu 11. Z krztuśca umarło w Londynie 82, w Dublinie 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,7; w Brodach 50,9; w Drohobyczu 57,8; w Kołomyi 32,6; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 35,7; w Tarnopolu 34,9; w Tarnowie 32,7; w Czerniowcach 40,8; w Warszawie 32,2; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 34,7; w Pradze 46,6; w Ołomuńcu 33,3; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 22,2; w Brukseli 27,7; w Chrystyjanii 17,9; w Genewie 26,7; w Kopenhadze 28,6; w Londynie 19,9; w Odesie 35,6; w Paryżu 29,3; w Petersburgu 36,9; w Rzymie 34,4; w Stokholmie 31,7; w Wenecyi 18,2; w Zurychu 27,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 kwietnia. W sali wykładowéj zakładu fizyjologicznego odbył się wczoraj wykład prof. Cybulskiego, połączony z demonstracyjami nowych przyrządów.

* Pomiędzy lekarzami rodakami, którzy wzięli udział w Zjeździe chirurgów w Berlinie, wypuszczono nazwisko kol. Dra Zielewicza z Poznania, co niniejszém uzupełniamy.

* Urzędowa gazeta wiedeńska z d. 23 bm. podaje następujące ogłoszenie Ministerstwa spraw wewnętrznych:

„Od czasu pojawienia się w grudniu 1885 r. przypadków cholery w Tryjeście, o których natychmiast podano wiadomość, nie zdarzył się żaden podobny przypadek w obrębie monarchii austro-węgierskiéj. Nie podobna jednak zaprzeczyć, że niebezpieczeństwo zawleczenia téj zarazy znacznie się zwiększyło, ponieważ w kilku krajach lądu stałego europejskiego cholera i podczas ubiegłéj zimy niezupełnie wygasła, a zwłaszcza w ostatnim czasie w pobliżu jednéj części kresów monarchii, jak się zdaje, przybrała rozmiary dość znaczne. Aby zaś w razie zawleczenia zarazy do Państwa austryjackiego i pojawienia się w takich okolicach królestwa i krajów reprezentowanych w Radzie państwa, które nie obfitują w lekarzy, daną była możność wczesnego ustanowienia lekarzy pomocniczych, Ministerstwo spraw wewnętrznych, polegając na opinii najwyższéj Rady sanitarnéj, uznaje za stosowne, zaprosić lekarzy i chirurgów do praktyki lekarskiéj uprawnionych, aby albo bezpośrednio u Ministerstwa spraw wewnętrznych, lub za pośrednictwem władzy politycznéj pierwszéj instancyi (starostwa powiatowego, magistratu miejskiego) miejsca zamieszkania swego zgłosili się do politycznéj władzy krajowéj z oświadczeniem, że w razie potrzeby skłonni są przyjąć u Rządu obowiązki lekarzy cholerycznych na czas trwania epidemii. W tém oświadczeniu należy podać, w którym kraju zgłaszający się chce pełnić obowiązki lekarza cholerycznego i dostarczyć dowodu znajomości odpowiedniego języka. Lekarzom lub chirurgom przyjętym oprócz kosztów podróży i wolnego pomieszkania w miejscowości wskazać im się mającéj, a przez gminy przygotować się mającego, zapewnia się wynagrodzenie dzienne w kwocie 10 zła, które w miarę stosunków miejscowych może być podwyższone do 15 zła. Zwraca się także uwagę, że rozporządzenie ministerstw spraw wewnętrznych i skarbu z d. 6 maja 1856, wydane na mocy postanowienia cesarskiego z d. 3 lutego 1856 r., tyczące się postępowania z wdowami i sierotami po lekarzach i chirurgach, zmarłych podczas pełnienia obowiązków w epidemii cholerycznéj, jeszcze obowiązuje, że więc wdowy i sieroty po takich lekarzach, którzy zmarli śród pełnienia obowiązków, mają prawo do pensyi i dodatków na wychowanie zarówno jak wdowy i sieroty po lekarzach w służbie państwowéj się znajdujących. Wreszcie dodaje się, że lekarze tacy pomocniczy, ubiegając się o posady w służbie państwowéj, przy równych zresztą warunkach, znajdą szczególne uwzględnienie".

* W Ministerstwie spraw wewnętrznych w Wiedniu układa się obecnie projekt ustawy przeciw fałszowaniu pokarmów; w skład ustawy téj wchodzą także przepisy odnoszące się do zaprowadzenia urzędów zdrowia, które mają być powołane do ciągłego badania pokarmów. (*W. med. Presse*).

* Sprzedaż środków elektro homojopatycznych hr. Mattei już dawniéj zakazaną została w państwie austryjackiém; ponieważ jednak zakaz ten nie okazał się dostatecznym, obecnie rząd austryjacki w porozumieniu z węgierskim zakazał i wprowadzenia tych środków w obręb całéj monarchii.

* **Wiesbaden.** D. 14 kwietnia zagaił prof. Leyden 5ty Zjazd internistów, poczém Fraentzel z Berlina przedstawił obecny stan chirurgicznego leczenia wysięków opłucnowych. — Następnie Brieger mówił o ptomainach, Fick o wahaniach ciśnienia krwi w komórce sercowéj w narkozie morfinowéj, Stinzing o elektrodyjagnostyce, Ziegler o przeniesieniu nabytych własności patologicznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Habilitowali się w Akademii lekarskiéj Drowie Smirnow z medycyny wewnętrznéj i Patenko z medycyny sądowéj. — **Heidelberg.** Dr. Bessel-Hagen, asystent prof. Bergmanna w Berlinie, habilitował się jako docent chirurgii. — **Lowanijum.** Prof. chirurgii Michaux obchodzi w maju 50-letni jubileusz profesorski.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Böhm, dyrektor szpitala Rudolfa w Wiedniu, otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl.; lekarz powiatowy w Tryjeście Dr. Mensburger mianowany został radzcą rządowym i krajowym referentem spraw lekarskich w Krainie, a docent prywatny w Berlinie Dr. Gueterbock mianowany został radzcą lekarskim dla prowincyi brandenburskiéj.

Z okazyi awansu majowego zamianowany został starszy lekarz sztabowy Dr. Karol Hawelka jeneralnym lekarzem sztabowym; z rodaków naszych mianowani zostali: starszy lekarz sztabowy 2éj kl. Dr. Mikołaj Munk starszym lekarzem sztabowym 1éj kl.; lekarze pułkowi 2éj kl. Drowie Aleksander Wysocki i Henryk Kowalski lekarzami pułkowymi 1éj kl.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł prof. okulistyki Streatfield, w Paryżu prof. higijeny Bouchardat.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki raka pierwotnego krtani; Strzemińskiego: Sprawozdanie z działalności szpitala oftalmicznego wileńskiego Dra Cywińskiego za r. 1885; Modrzejewskiego: O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego (dok.); Wojciechowskiego: Projekt przyrządu do pisania po omacku. — W *Medycynie* Nr. 17: Skórczewskiego: Nerwowe kołatanie serca.

Redakcyja otrzymała:

J. WOJTEKIEWICZ: Materiały k woprosu o primienenii wdichanii cholodnago wozducha u lichoradiaszczych. Dissertacia na stepen doktora mediciny. Petersburg 1886, in 8vo str. 27 z 2 tabl.

D. G. FRITSCHE: Sprawozdanie z kolonij letnich dla biednych słabowitych dzieci, urządzonych w r. 1885. Warszawa 1886, in 12o str. 32.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5 maja o godzinie 6téj popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Pieniążek będzie miał wykład już dawniéj zapowiedziany, poczém 2) kol. Cybulski mówić będzie o wpływie rozmaitych pozycyj ciała zwierzęcego na krążenie krwi.

Sprostowanie. W artykule kol. Rumszewicza w Nr. 11 z r. b. str. 160, szpalcie 2éj, wiersz 5ty od góry zamiast: „Manz utrzymuje“, ma być: „Ja utrzymuję“.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Regulamin Zakładu w Fürstenhofie i Przewodnik do zdrojów w Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 maja 1886. № 19. Rok XXV.

I. Ze szpitala św. Zofii we Lwowie.

Przyczynek do zaotrzewnowego wycięcia hydronefrozy.

Podał **Dr. A. Schattauer.**

Operacyjne leczenie hydronefrozy zawdzięcza swój początek pracom dokonanym dopiero w najnowszych czasach. Wprawdzie jeszcze przed pierwszą nefrektomiją, którą wykonał G. Simon w r. 1869, operowano kilka przypadków hydronefrozy; zabiegi te atoli nie mogły wywrzeć stanowczego wpływu na rozwój chirurgicznego leczenia wspomnianéj choroby, gdyż były podjęte bez zamierzonego celu, prawie bez wyjątku na podstawie pomyłek w rozeznaniu. Trudności w rozróżnieniu dużych torbielów jajnikowych od hydronefrozy były nieraz powodem niemiłego rozczarowania podczas operacyi, miasto bowiem spodziewanego torbiela znaleziono po otwarciu jamy brzusznéj hydronefrozę; takową wycięto po zwalczeniu znacznych przeszkód lub téż musiano zaniechać dokończenia operacyi. Przypadki takie wydarzyły się znakomitym chirurgom, jak Spencer Wellsowi i innym. Nie trudno odgadnąć, jakie były wyniki po tych operacyjach, tak, iż rzeczywiście szereg tych zabiegów stanowi najsmutniejszą kartę w dziejach chirurgii jamy brzusznéj.

Dopiero rozgłośnym pracom G. Simona w zakresie chirurgii nerek zawdzięczamy nietylko dokładniejszą dyjagnostykę hydronefrozy, ale także postępowanie operacyjne oparte na racyjonalnych podstawach. Wycięcie jednak doszczętne hydronefrozy uważał on jako zabieg prawie niemożliwy z powodu zrostów z sąsiedniemi narzędziami a nawet jako szkodliwy zdrowiu. Wychodząc z tego założenia podał on metodę, która, jak wiadomo, polega na rozcięciu torbiela i ustanowieniu trwałéj przetoki miedniczko-brzusznéj. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że ten sposób operacyjny uwalnia chorego od wszelkich dolegliwości i niebezpieczeństw towarzyszących hydronefrozie, lecz z drugiéj strony ma tę wielką niedogodność, że pacyjent mający przetokę niedającą się zagoić, zmuszonym jest do noszenia recypienta albo téż opatrunku, który czasem i kilka razy dziennie musi być zmienianym. Łatwo pojąć, jakie ztąd wynikają dlań przykrości w pożyciu towarzyskiém, jak również śród pracy codziennéj. Wreszcie nie wiemy, jakie były dalsze koleje losu operowanych tą metodą. W tym kierunku zupełny brak bliższych sprawozdań.

Rupprecht (*Deutsche med. Wochensch.*, 1885, Nr. 35) podaje jeden przypadek hydronefrozy, operowanéj podług G. Simona, który nie bardzo korzystne światło rzuca na postępowanie w mowie będące: U dziewczyny 9cioletniéj założono przetokę miedniczkową z powodu dużéj hydronefrozy. Wydzielała ona z początku mocz rozłożony, następnie płyn ropiasty, częstokroć w tak obfitéj ilości, że musiano kilka razy dziennie zmieniać opatrunek. Wszelkie usiłowania w celu zmniejszenia wydzieliny były nadaremne. W parę lat po operacyi wystąpił białkomocz i puchlina powszechna. Sekcyja wykazała skrobiowate przeobrażenie pozostałéj nerki. W takich przypadkach oprócz ropienia ciągłego, które oddziaływa szkodliwie na ustrój, należy jeszcze także wziąść w rachubę wielką skłonność pozostałéj nerki do sympatycznego zapalenia.

Z tych zapewne powodów porzuconą przez G. Simona myśl wycięcia doszczętnego hydronefrozy podniesiono w ostatnich czasach, i to z większém powodzeniem. Już ció, że do szczęśliwych wyników w znacznéj części przyczyniło się udoskonalenie metody antyseptycznéj. W zestawieniu statystyczném Grossa z r. 1885 znajdujemy w liczbie 233 nefrektomij 21 przypadków, w których wskazaniem do téj operacyi była hydronefroza. W tych przypadkach operowano cięciem brzuszném 17 razy z śmiertelnością 41·1%, a 4 razy cięciem lędźwiowém z śmiertelnością 25%. U dzieci operowano hydronefrozę trzy razy. Z tego wynika, że w mowie będące zboczenie bywa stosunkowo rzadkiém wskazaniem do nefrektomii u dorosłych, a jeszcze rzadszém u dzieci. Bliższy przegląd operowanych przypadków poucza, że cięcia

lędźwiowego używano tylko w obec mniejszych torbielów; większe zaś operowano cięciem brzusznem. W tych ostatnich prowadzono cięcie w linii białéj lub na zewnątrz mm. prostych; po otwarciu jamy brzusznéj następowało nacięcie tylnéj blaszki otrzewny, a nakoniec wyłuszczenie hydronefrozy. Nie tyle otwarcie jamy brzusznéj, ile nacięcie tylnéj blaszki otrzewny czyni taki zabieg cięższym, bo w przestworze zaotrzewnowym nie tak łatwo można zapobiedz powstaniu ognisk martwych. To téż snadno można sobie wytłumaczyć, dla czego mimo antyseptyki cyfra śmiertelności jest tak wysoką. Z przypadku atoli, który opisać zamierzam, nabrałem przekonania, że nawet w obec hydronefrozy największych rozmiarów dokonać można wycięcia zaotrzewnowego, posługując się cięciem ukośném, poczynającém się od 10go lub 11go żebra a idącém ku dołowi na wewnątrz. Cięcie takie przedstawia o wiele wygodniejszy przystęp do torbiela, niż cięcie proste lędźwiowe lub brzuszne; lecz co najważniejsza, że preparując warstwowo napotkać musimy w górnéj lub też w dolnéj połowie rany fałd przejściowy przedniéj blaszki otrzewny na tylną. Ten załamek otrzewny tworzy bardzo wyraźną smugę białą, na zewnątrz któréj leży ściana hydronefrozy niepokryta otrzewną, zkąd można dalsze wydobycie z łatwością bez naruszenia otrzewny do skutku doprowadzić. Jeżeliby wspomniana smuga biaława nie dała się na razie w głębi rany operacyjnéj odnaleźć i przypadkiem otrzewna ścienna naciętą została, w takim razie zdarzenie to przyczynić się może do zoryjentowania się i łatwiejszego odszukania fałdu przejściowego, albowiem wprowadziwszy przez otwór otrzewny palec lub sondę, w kierunku na zewnątrz na ten fałd natrafić musimy. Zeszywszy następnie otwór w otrzewnéj możemy przystąpić spokojnie do zaotrzewnowego wycięcia. Według skreślonych powyżéj wskazówek dokonałem operacyi hydronefrozy u chłopca 7-letniego, którego w czerwcu 1885 przyjęto na oddział chirurgiczny szpitala św. Zofii. Przypadek ten jest nietylko ze względu na kolosalne rozmiary hydronefrozy i na zejście pomyślne po dokonanym zabiegu interesującym, ale zasługuje także na uwagę z powodu wieku pacyjenta, gdyż mimo skrzętnego przeszukania literatury nie znalazłem w podobny sposób u dziecka operowanéj hydronefrozy.

Wasyl M., 7-letni syn rolnika, przyjęty do Zakładu 22 czerwca 1885 przyszedł według podania ojca na świat całkiem zdrowy. Dopiero w drugiéj połowie 1go roku życia spostrzeżono, że brzuch jego począł się zwiększać, przyczém zresztą dziecko rozwijało się prawidłowo. W pierwszych latach życia powiększała się objętość brzucha zwolna i dopiero od pół roku zauważono bardzo szybkie wzmaganie się téjże. Chłopiec dostawał po każdém jedzeniu wymiotów, stracił apetyt, wychudł i osłabł znacznie.

Obecnie wykazuje badanie następujący obraz:

U chłopca na swój wiek wątłego ciałotworu, obok bardzo lichego stanu odżywienia, znacznéj bladości skóry i błon śluzowych, uderza przedewszystkiém niezwykłych rozmiarów objętość brzucha, tudzież dolnéj połowy klatki piersiowéj. Ta ostatnia przedstawia wyjątkowy widok, gdyż żebra dolne rozchodzą się wachlarzowato ku przodowi, tworząc odstępy po prawéj stronie na 5cm., po lewéj na 6cm. szerokie; mostek zaś z wyrostkiem mieczykowatym ku górze i przodowi prawie do kąta prostego podniesiony. Kolosalnie powiększony brzuch nie okazuje jednostajnego zaokrąglenia, lewa bowiem połowa, mianowicie w okolicy podżebrza, więcéj jest wypukloną. Pod skórą mocno napiętą występuje gęsta sieć rozszerzonych żył. Pępek płaski. Poniżéj lewego podżebrza widać na brzuchu kilka większych i mniejszych okrągłych płaskich wypukłości. Objętość ciała wynosi na wysokości pępka 84cm., pomiędzy tym ostatnim a wyrostkiem mieczykowatym 100cm., na wysokości wyrostka mieczykowatego 92cm., a w poziomie grzebieni kości biodrowych 80cm. Odległość od pępka do końca mostka 29cm., od pępka do spojenia łonowego 20cm. Przy obmacaniu brzucha czuć większą odporność w lewém podżebrzu niż w prawém, przytém w wszystkich kierunkach wyraźne dalekofaliste chełbotanie. Na całym obszarze brzucha odgłos czczy z wyjątkiem podżebrza prawego i prawéj okolicy lędźwiowéj. Odgłos wypukowy czczy sięga ku górze w linii sutkowéj lewéj do dolnego brzegu 2go żebra, w linii pachowéj lewéj do dolnego brzegu 3go żebra, z tyłu zaś do połowy łopatki lewéj. Stłumienie wypartéj ku górze wątroby stwierdzić można pomiędzy 3ém a 4ém żebrem prawém. Oddychanie przyspieszone, szmery oddechowe prawidłowe. Uderzenie koniuszkowe serca czuć i widać w drugiém międzyżebrzu przy lewym brzegu mostka. Tony czyste, tętno 100. Badając przez odbytnicę czuć dolny gładki odcinek guza, wypełniającego całą jamę miednicy. Pragnienie zwiększone, lecz ciepłota ciała niepodniesiona. Łaknienie małe, częste wymioty po jedzeniu, stolce zwykłe. Mocz jasny, składu prawidłowego w ilości 800 do 1000cm. na dobę. Pacyjent jest osłabiony i chodzi z niechęcią. Zwykle siedzi on na podłodze, obejmując swój brzuch nogami na zewnątrz wywróconemi, rękami zaś nie może go prawie objąć. W téj nieco komicznéj postawie przepędza całe godziny.

W narkozie nakłuto brzuch w linii białéj poniżéj pępka i wypuszczono przeszło 11 litrów płynu czerwonawo zabarwionego, w którym rozbiór chemiczny (Dr. Wiktor) wykazał: ślady mocznika i fosforanów, paralbumin, cholestearynę i małą ilość ciałek krwi białych i czerwonych.

Po wypuszczeniu płynu można było przez wiotkie i zapadnięte powłoki brzuszne dokładnie obmacać wątrobę i śledzionę, oraz w prawéj okolicy lędźwiowéj ciało gładkie podługowate, odpowiadające tak kształtem jakoteż położeniem nerce prawéj. W lewéj połowie brzucha nie wyśledzono drugiéj nerki, tylko utwór torbiasty, na wewnątrz którego stwierdzono podługowaty obrzęk, dość gruby, dążący ukośnie z lewéj ku prawéj stronie, którego treść dawała się ugniatać palcami. Utwór ten odpowiadał kiszce grubéj zstępującéj, gdyż po następnych wypróżnieniach obrzęk ten wałkowaty znacznie się zmniejszył. Chory doznał po wypuszczeniu płynu znacznéj ulgi; apetyt i oddychanie poprawiły się widocznie. Zauważono tylko, że mocz poprzednio czysty i jasny zaraz po nakłuciu przybrał barwę wypuszczonego z torbiela płynu; był przeto jasno czerwony i zawierał sporą ilość białka, cholestearynę, ciałka krwi białe i czerwone. Jednem słowem podobny był składem chemicznym do treści wypuszczonéj z torbiela. W miarę atoli napełnienia się tego ostatniego stawał się z każdym dniem czyściejszym i po upływie siedmiu dni był już zupełnie jasny jak przed nakłuciem brzucha.

Ta zmiana w moczu była o tyle ważną, że świadczyła o związku torbiela z drogami moczowemi i tém samém potwierdziła w tym przypadku rozpoznanie hydronefrozy. Daléj była ona zachętą do podjęcia zabiegu radykalnego, bo nie ulegało żadnéj wątpliwości, że nerka prawa sprawia swoją czynność prawidłowo. Ponieważ z powodu szybkiego przybywania płynu począł brzuch przybierać pierwotne swoje rozmiary, przeto 10go lipca 1885 przystąpiłem do wycięcia

hydronefrozy. W tym celu poprowadziłem z lewéj strony cięcie na 20cm. długie, ukośnie idące od 11go żebra ku przodowi na dół. Po przecięciu pokładów mięśniowych została nacięta w dolnéj części rany otrzewna w długości kilku cm. Bliższe badanie stwierdziło, że otwór ten znajdował się w odległości 3cm. na wewnątrz od fałdu przejściowego otrzewny. Fałd ten tworzył bardzo wyraźny szlak białawy szerokości pół cm. Zeszywszy czém prędzéj otwór w otrzewnie szwem jednociągłym katgutowym odsłoniłem ścianę torbiela na zewnątrz od przerzeczonego załamku, oddzielając na tępo luźną tkankę, łączącą torbiel z częściami sąsiedniemi. Dla ułatwienia dalszego wytoczenia wbito trójgraniec i wypuszczono płyn żółty, nieznacznie mętnawy. Podczas wyciągania torby na zewnątrz podwiązano podwójnie kilka mniejszych powrózków i jeden grubszy od przodu, w którym po przecięciu rozpoznano moczowód. W głębi w pobliżu kręgosłupa napotkano 2 żyły grubości palca wskazującego, które podwiązawszy podwojnie przecięto. Resztę zaś szypułki, zawierającéj tętnicę nerkową dość znacznego kalibru, musiałem szybko *en masse* podwiązać, gdyż chory nagle utracił tętno i przestał oddychać. Wpuściwszy ku górze i dołowi w jamę zaotrzewnową dwa grube dreny zeszyłem szybko ranę, podczas czego asystujący koledzy przywrócili sztucznie oddychanie. Nakoniec założono oprawę z gazy jodoformowéj i waty trocinowéj, lekko brzuch i klatkę piersiową uciskającą. Jakkolwiek w ciągu nie spełna godzinę trwającéj operacyi chory mało chloroformu wypotrzebował i nieznaczną ilość krwi utracił, to dopiero w godzinę po operacyi można było wyśledzić tętno sprychowe. Wieczorem wynosiło ono 132 na minutę, bladość i osłabienie znaczne, mimo podawania czarnéj kawy i wina. Następnego dnia chory opamiętał się zupełnie, na ból się nie żalił i przyjmował chętnie pokarmy płynne. Z dalszego przebiegu pooperacyjnego zanotować należy, że w pierwszych 10ciu dniach tętno wynosilo rano 132—136, a wieczorem 154—160 uderzeń na minutę, temperatura wahała się między 38° a 39°C. W pierwszym tygodniu oddawał chory na dobę 200—300cm. moczu blado-żółtego, który zawierał średnią ilość białka. Dopiero gdy się w drugim tygodniu ilość moczu podniosła na 700—800cm., znikło także białko. Niedokrewność i osłabienie utrzymywały się ciągle, mimo że chory spożywał dużo mleka. Czwartego dnia po zabiegu zauważono wyraźne rozszerzenie żył podskórnych na wszystkich odnogach, a w parę dni późniéj wystąpiło zbrzęknienie twarzy, nóg i rąk i nagromadzenie się płynu w jamie brzusznéj. Na domiar wszystkiego dostal chory 10go dnia po operacyi ostrego nieżytu żołądkowo-kiszkowego, który się przez 10 dni utrzymywał i do wyniszczenia sił znacznie przyczynił. Puchlina na odnogach i w jamie brzusznéj ustąpiła dopiero w 4m tygodniu. Rana zagoiła się przez rychłozrost, tylko z dolnego kąta, gdzie się znajdował przecięty moczowód, utrzymywała się mierna wydzielina, z początku krwawa, następnie ropiasta, tak że 10go dnia po operacyi musiałem uskutecznić przeciwotwór od tyłu obok kręgosłupa. W tém miejscu było małe ropienie przez dłuższy czas i ustało dopiero, gdy w 6ym tygodniu otwór tylny rozszerzono i z głębi kilka ligatur wyjęto. Po tym zabiegu zaczął chłopiec prędko przychodzić do sił i tuszy, tak że gdy w październiku opuszczał Zakład, stan jego zdrowia był wyśmienitym. Objętość brzucha była naturalnych rozmiarów, tylko nieco wystające łuki żebrowe przypominały poprzednie rozszerzenie klatki piersiowéj.

Wycięta hydronefroza składała się z torbiela o jednéj komorze wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Wewnętrzna powierzchnia gładka, blado-żółto zabarwiona, okazuje w części zewnętrznéj 8 zagłębień okrągłych, o płaskiém dnie i ostrych brzegach wielkości talara, ułożonych w dwóch rzędach. Na wewnątrz od tych dołków znajduje się część torbiela barwy ciemno wiśniowéj, podługowata, rozmiarów ręki, o wiele cieńsza od reszty ścian torbiela. W blaszce téj znaleziono przy bliższém badaniu resztki utkania nerkowego. Nadto spostrzegać się dały na wewnętrznéj powierzchni liczne drobne wynaczynionki dawniejszéj daty. Moczowód grubości zwykłego ołówka ma otwór okrągły i przyczepiony jest do górnéj przedniéj okolicy hydronefrozy znacznie powyżéj wzmiankowanych dołków. Kawałek moczowodu pozostały na preparacie jest dla sondy drożnym i nie przebiega w ścianie torbiela.

Chcąc w niniejszym przypadku wyjaśnić przyczynę powstania hydronefrozy i rozstrzygnąć pytanie, czy takowa była wrodzoną lub też nabytą, musimy głównie uwzględnić wysokie odejście moczowodu. Z podanego dopiero co opisu anatomicznego, jakotéż z poprzedniéj historyi przypadku wynika, że ani w moczowodzie, ani téż w innych częściach dróg moczowych nie znajdowały się przeszkody, mogące wywołać utrudnienie odpływu moczu z miedniczki. Wysokie przyczepienie moczowodu uważać tu należy jako wrodzoną wadę utworową. Cohnheim, który pierwszy zwrócił uwagę na tę nieprawidłowość, zalicza ją do najważniejszych przyczyn wrodzonéj hydronefrozy. Zboczenie to bywa już w wczesnych okresach życia powodem zastoin moczowych, a następnie rozszerzenia części miedniczki, będącéj poniżéj odejścia moczowodu. Dla tego téż i w powyższym przypadku przypuścić możemy prawie z pewnością, że początek hydronefrozy odnosi się do życia płodowego. Rozwój początkowy odbywał się zwolna, bo mocz odpływał częściowo, dopiero gdy się dolna część miedniczki bardziéj powiększyła, nastąpiło zupełne zagięcie moczowodu w miejscu odejścia, mocz przestał odpływać i hydronefroza poczęła raźno się powiększać.

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Co się tyczy wyników pomyślnych osiągniętych po dokonaniu tracheotomii w przypadkach dyfteryi, to według statystyki ułożonéj przez Montiego (l. c. str. 306) wynosi odsetka śmiertelności 71·9 a odsetka sprawdzonego zupełnego wyzdrowienia 26·7 (na 12.736 przypadków tracheotomii przypada 3.409 wyleczonych, 9.161 zmarłych, a 166 niewyleczonych). Jeżeli zatém na podstawie cyfr przytoczonych każde 4te dziecko zostało ocaloném od nieuchronnéj śmierci, to już zabieg operacyjny dostatecznie jest usprawiedliwionym, a tracheotomija w dyfteryi zyskuje zupełne prawo obywatelstwa. W przypadkach objętych nazwą dławca *(Croup)* odsetka śmiertelności jest o wiele mniejszą, gdyż wynosi niecałe 50% (Monti l. c. str. 100), tak, że każde drugie dziecko z pomiędzy operowanych zostaje na pewno uratowaném.

Pod względem wieku, to odsetka śmiertelności między dziećmi operowanemi poniżéj 1go roku życia wynosi koło 86·5%, między 1ym a 2gim rokiem życia 85·2%, między

2—3 75·3%, a następnie zmniejsza się ciągle, tak, że według statystyki ułożonéj przez Montiego (l. c. str. 311) wynosi między 8 a 9 rokiem życia tylko 50%, z czego wynika, że dziecko dotknięte dyfteryją można nawet w pierwszym roku życia operować, jeżeli objawy zwężenia krtani są wybitne, i że wynik rękoczynu chirurgicznego będzie tém pomyślniejszy, wśród równych zresztą okoliczności, im dziecko jest starsze.

W obec tego wyniku zabiegów operacyjnych powyżéj przytoczone zdanie Senatora jest zupełnie usprawiedliwioném a i Krönlein również wraz z Königiem twierdzą stanowczo, że jest obowiązkiem operatora, aby żaden chory na błonicę nie zginął z powodu chorobowego zwężenia krtani, i że lekarz powinien dokonać w takim razie tracheotomii, w razie bowiem przeciwnym ściąga na siebie zarzut nieusprawiedliwionéj opieszałości.

W przypadkach zatém dyfteryi należy tracheotomiję wykonywać, jeżeli objawy zwężenia krtani dojdą do wysokiego stopnia i górują po nad całym stanem chorobowym; natomiast zabieg ten operacyjny nie przyniesie zazwyczaj żadnéj korzyści, jeżeli 1) błonica zakaziła cały ustrój i wystąpiła jako choroba ciężka, ogólna, z wytworzeniem błon dyfterytycznych na błonach śluzowych nosa, spojówki, gałek ocznych, gęby, połyku, krtani, oskrzeli i części rodnych; 2) jeżeli błonica okazuje charakter zgorzelinowy, grożący śmiercią w krótkim czasie, a zwężenie krtani nie dosięga stopnia grożącego uduszeniem w krótkim czasie.

Na zakończenie méj rozprawy winienem, jako illustracyję mych zabiegów terapeutycznych przytoczyć kilka ściśléj obserwowanych przypadków dyfteryi, a z całego szeregu tychże wybieram przedewszystkiém jako nader pouczające 4 przypadki leczone w epidemii domowéj w posiadłości pp. Ag. w zimie r. 1883.

Dnia 18 listopada 1883 zostałem zawezwany do Bazaru, miejscowości położonéj w powiecie Czortkowskim, a więc już na Podolu galicyjskiém. Wieś ta, licząca 1592 mieszkańców, położona jest przeważnie na 2 pagórkach niezbyt wyniosłych i płaskich, między któremi w dole płynie potok o brzegach błotnistych. W miejscowości téj, jak mnie uprzejmie zapewnia kol. Dr. Wągrowski, lekarz powiatowy w powiecie czortkowskim, nie panowała epidemicznie nigdy dyfteryja, przynajmniéj w ciągu ostatnich lat 17tu, a sporadyczne przypadki téj choroby zdarzały się tylko w styczniu r. 1881 i 1882, z innych zaś chorób sprawdzono prócz cholery w r. 1872 (od 31 sierpnia do 5 października 90 przypadków z śmiertelnością 38) tylko ospę w r. 1874 (od 1 stycznia do 3 lutego 18, z których + 5) i krztusiec r. 1878 i 1884 (88 z śmiertelnością 9 i 115 z śmiertelnością 9).

Przybywszy do dworu murowanego, jednopiętrowego, otoczonego ogrodem od strony południowéj i zachodniéj, a wielkim gazonem i zabudowaniami gospodarskiemi od strony wschodniéj, zastałem tamże 3-letniego Antosia Ag., który obok objawów lekkiéj gorączki (C. 37·8, tętno 124) okazywał mierne obrzęknięcie migałków z wypocinami na nich, wybitnie dyfterytycznemi. U chłopczyka tego, dobrze zbudowanego, odżywienie znalazłem wcale dobre, a śledziona, która przed 1½ miesiącem była z powodu zimnicy mocno obrzękłą, obecnie okazuje rozmiary zupełnie prawidłowe. Gruczoły podszczękowe okazały się przy badaniu miernie tylko obrzękłemi i nieznacznie bolesnemi, inne narządy nie zbaczały zupełnie od stanu prawidłowego; mocz przy badaniu za pomocą gotowania nie zdradzał ani śladu białka. — Wywiady wykazały, że dnia 14 listopada, w dniu nadzwyczaj przyjemnym i względnie nawet dość ciepłym, chłopczyk ten wraz z starszém rodzeństwem biegał po gazonie, a dopiero dnia 17 listopada wieczorem uskarżał się na dreszczyki i gorączkę, lecz o bólu gardła ani słówkiem nie wspomniał. Rodzice jego, o dzieci nader troskliwi, nie byli jednak tą gorączką zaniepokojeni, gdyż sądzili, że znów napady zimnicy się ponawiają; gdy jednak następnie po upływie nocy w dniu 18 listopada chłopczyk począł się uskarżać na ból gardła, zażądali méj pomocy lekarskiéj.

Pierwszą czynnością z méj strony było zupełne odosobnienie chorego chłopczyka, a ponieważ czworo dzieci pozostałych nie można było wywieść z powodu znacznego oddalenia od reszty rodziny, jakotéż z powodu dni zimnych i słotnych jesiennych, przeto musiałem czworo tych dzieci pozostawić w pokojach piętrowych, pokoik, w którym 3-letni Antoś, obecnie chory, pozostawał, kazałem zamknąć i wykarbolizować a jego samego umieścić na dole w pokojach gościnnych i tutaj otoczyć najtroskliwszą opieką domową i lekarską. — Ordynacyja lekarska polegała: 1) na płukaniu roczynem 3% kwasu borowego; 2) na pędzlowaniu resorcynem w spirytusie miętowym w stosunku 1:10 w odstępach 3—4 godzinnych; 3) na wcieraniu maści jodoformowéj z szaruchą (*Rp. Jodoformii puri faba toncae desodorati* 1:10 *ungti (ungt. mole c. ungt. cinereo āā* 5.00) w obrzękłe gruczoły w odstępach 3-godzinnych, wielkości ziarnka bobu, obok okładów wysychających, zmienianych również w odstępach 3-godzinnych; 4) na podawaniu wewnętrznem będźwinianu sodowego w ilości 5:100, co 2 godziny łyżkę stołową wraz z łyżeczką wina tokajskiego (*Rp. Natri benzoici 5: Aq. Menth. piperitae* 80.00 *Syrup. Cort. aurantiorum* 20.00). Dnia 19 listopada, tj. w 2giéj dobie choroby, uskuteczniono pędzlowanie od 7 z rana do 12 w nocy 8 razy i przy badaniu każdorazowém nie stwierdzono gwałtownych postępów choroby; wypocina bowiem zajmowała jak dotąd wewnętrzne powierzchnie obu migdałków i posunęła się tylko na brzegi tylnych łuków podniebieniowych. Ciepłota ciała była również bardzo zadowalającą, wynosiła bowiem o godzinie 12téj w południe 37·2°C., o godzinie 7méj wieczorem 37·4, a o godzinie 12téj w nocy 37·5°C., tętno zaś 104—108. — Dnia 20 listopada z rana o godzinie 10téj wynosiła ciepłota 37·4, tętno 104, a badanie wykazało, że mimo pędzlowań i dalszego podawania będźwinianu sodowego daléj rozszerza się wypocina nieco ku podniebieniu miękkiemu w postaci nalotu, tak, że języczek został już w nieznacznym stopniu zajęty. W dniu tym musiałem chorego na kilka godzin opuścić, a powróciwszy wieczorem stwierdziłem znów, że ciepłota się nie podniosła, wynosiła bowiem tylko 37·5 a tętno 104; pędzlowanie odbywało się tego dnia 7 razy, a płukanie daléj co ¼—½ godziny z wody wapiennéj na wpół z wodą przekroploną, do któréj dodawano 3% kwasu borowego. Dnia 21 listopada wykazało badanie rozszerzenie się wypociny ku tyłowi, na ścianę tylną połyku, tak że całe gardło niemal było wysłane niezbyt grubą, ale dość dobrze przylegającą błoną dyfterytyczną, która zaledwie tylko na migdałkach od przodu złuszczać się zaczynała. O 9téj zrana w 4téj dobie choroby ciepłota wynosiła 37·8, tętno 124, regularne i pełne. Przy wystrzykiwaniu gardła wodą wapienną oddzielił się z migdałka prawego dość wielki płat pokładu dyfterytycznego, bez krwawienia. Całe gardło zasypano proszkiem resorcynowym a wewnętrznie w celu szybszego złuszczenia błon dyfterytycznych podano pilokarpin z winem, według zwykłéj

metody Guttmanna (*Pilocarpini muriatici* 0·03, *Pepsini* 0·60 *Aq. destil.* 80.00, *Acidi hydrochlorici guttas duas.* Co godzina łyżeczkę z winem tokajskiém). Pomimo tego leczenia, ciągłego pędzlowania, krzepienia organizmu dyjetą pożywną i posilną, oraz podawania wina, sprawa błonicowa szerzyła się ciągle daléj, tak że już wieczorem dnia tego pojawiło się lekkie pokaszliwanie, jako zapowiedź obniżania się sprawy dyfterytycznéj i zajmowania krtani. To téż odjeżdżając dnia 22 listopada zapowiedziałem rodzicom chorego, że najprawdopodobniéj w ciągu dnia tegoż pojawi się zachrypnięcie (5ta doba choroby) i chcąc ratować chorego trzeba będzie przystąpić do wykonania cięcia krtaniowego.

Ciepłota zrana 22 listopada wynosiła 38·1, t. 124; a wieczorem po mym powrocie ciepłota znowu wykazywała mierną gorączkę 38·5, t. 128, zachrypnięcie było wybitne, kaszel szczekający, jak w dławcu; w nocy zaś zaczęły się, już pojawiać lekkie napady zwężenia krtaniowego, które jednakowoż po użyciu środków wymiotnych (*Syrup. Ipecacuanhae c. Vino stibiato*) ustąpiły, zwłaszcza że przy wymiotach chory wyrzucił znaczną ilość błon dyfterytycznych.

Ciepłota wieczorna dnia 22 listopada znów poszła w górę 39·2, tętno 144, a z rana 23/11 ciepłota wynosiła 39·5, tętno 160, oddechów 36. Po uldze, jakiéj doznał chory po zwymiotowaniu, znów sprawa zaczęła się pogarszać, zwężenie przybierało wybitniejsze cechy, to też nie chcąc dłużéj zwlekać zaraz po południu dnia 23 listopada przystąpiłem do wykonia cięcia krtaniowego przy pomocy sprowadzonego do asystencyi kol. Dra Nachta z Buczacza. Trudności przy wykonaniu operacyi były bardzo znaczne, albowiem gruba i tłusta szyjka chorego z nabrzękłemi żyłami, chociaż jeszcze sinicy nie było widać na twarzy, krwotok tak z żył porozdymanych drobniejszych jak i z tętniczki (*arteria thyreoidea superior*) krzyżującéj krtań, utrudniały niezmiernie należyte odsłonięcie krtani, tak że zaledwie po $^1/_2$ godzinnéj pracy w środkowéj części krtani odsłoniłem miejsce na $1^1/_2$ cmtra długie i po rozcięciu w témże miejscu więzadła stożkowego krtani i chrząstki pierścieniowéj zdołałem odpowiednią rurkę krtaniową założyć. Natychmiast mały nasz chory, który dzielnie się trzymał podczas całéj téj operacyi, wyrzucił przez kaniulę błony dyfterytyczne i począł spokojnie oddechać. Choremu podano zaraz wino, resorcyn w proszkach 0·25 p. d. co 3 godziny i napar ipepakuany (*Infus. ipecac. ex* 0·70:200 *MDS.* Co godzina po $^1/_2$ łyżki) oraz wziewania z wody wapiennéj naprzemian z resorcynem sody. W 2 godziny po dokonaniu operacyi, tj. o godzinie 5 wieczorem, ciepłota wynosiła 39.9 a tętno 140 oddechy spokojne 36 na minutę, o godzinie 6téj ciepłota wynosiła 39·8, o godzinie 7 39·6, o godzinie 9téj 39·1, o 10téj 39·0, a o pierwszéj w nocy 38·9, tętno o wiele lepsze niż przed operacyją wynosiło 136, a potém w miarę obniżania się ciepłoty obniżało się na 132 i 128, rano zaś o godzinie 5téj dnia 24/11 wynosiła ciepłota 37·5, tętno 120. W moczu białka nie dostrzeżono. Ponieważ gorączka, która od chwili rozpoczynania się sprawy błonicowéj w krtani, co raz to bardziéj się potęgowała a odpowiednio temu i ilość tętna oraz oddechów wzmagała się, po szczęśliwém zaś wykonaniu cięcia krtaniowego gorączka poczynała się stopniowo obniżać, przeto wstępowała w nas otucha, że zyskawszy na czasie przez wykonanie tracheotomii, zdołamy zapanować nad dyfteryją i przy dalszém konsekwentném leczeniu zapomocą wdechiwań jużto z wody wapiennéj, jużto z terpentyny, za pomocą starego wina, resorcynu i posilnéj dyjety doprowadzimy chorego do szczęśliwéj przystani zdrowia. Już po wykonaniu tracheotomii późno wieczorem nadjechał i kol. Tarnawski z Barszczowa i w naradzie koleżeńskiéj podnosił groźne objawy tegoż przypadku przedłużonego tylko zapomocą tracheotomii w porę wykonanéj. W krótce téż przekonaliśmy się, że nadzieje nasze i radość były przedwczesnemi, bo już o godzinie 8méj z rana ciepłota zaczęła się podnosić z 37·5 na 38·9, tętno 128, twarz przybrała wejrzenie żółtawe, kachektyczne, wyraźne mimo płci śniadéj chłopczyka; w południe ciepłota doszła do 39·5, tętno zaczęło tracić na pełności wynosząc 144, a pomimo tego, że oddechanie przez rurkę krtaniową ciągle wykazywało drożność tchawicy i objawów zwężenia dróg oddechowych nie było, chory zaczął corazto bardziéj słabnąć, siniec, a około godziny 4téj nad wieczorem pomimo podawania odpowiednich środków podniecających począł oddechać nieregularnie, odtwarzając zjawisko oddechowe Cheyne-Stockesa, w końcu dostał krótko trwających drgawek i wśród nich na pozór życie zakończył. Natychmiast wstrzyknąłem choremu, a raczéj już zmarłemu, 4 strzykawki (4·00) eteru siarczanego, nie widząc zaś żadnych ruchów ze strony tegoż, stwierdziwszy zupełny brak oddechów i uderzeń serca, oziębienie ciała, zwłaszcza odnóg uważałem go za rzeczywiście zmarłego i na smutne to zakończenie wszystkich naszych zabiegów przygotowałem stroskanych rodziców. Porządkując moje narzędzia chirurgiczne i czyszcząc je przez jakie pół godziny zauważyłem nagle w łóżeczku zmarłego stojącém o kilka kroków odemnie jakiś ruch niezwykły, z największém zdziwieniem dostrzegłem wraz z kolegą Dr. Nachtem, że na pozór zmarły Antoś podniósł się szybko i gwałtownie chwycił się żelaznych drutów swego łóżeczka. Przybiegłem natychmiast, ująłem jego rączęta ocieplające się zwolna, domacałem się znów tętna i bicia serca, pokrzepiłem go winem i uczyniłem zadość jego żądaniu wyrażonemu na migi, aby mógł się zobaczyć ze stroskaną matką. Po chwili pieszczot niespodziewanych ułożyłem go w łóżeczku i znów otoczyłem najtroskliwszą opieką lekarską. Chłopczyk oddechał swobodnie, ogrzał się, chętnie popijał winną polewkę i wino, nawet bawił się z swą ciotką, a stan ten względnie corazto bardziéj zadowalający trwał od godziny 5téj wieczorem do godziny 12téj w nocy, tak że kołysany nadzieją uratowania tego chłopczyka poruczyłem go dalszéj opiece Dra Nachta, a sam udałem się do pokoju przyległego na spoczynek. Niestety o godzinie 2giéj w nocy 25/11 zbudzono mnie z nadmienieniem, że chłopczyk bawiąc się zegarkiem swéj ciotki w pozycyi siedzącéj, upadł na poduszki i znów zemdlał; tą razą jednak już sprawdziłem na pewne śmierć tegoż w skutek porażenia serca. Choroba trwała 7 dni i kilkanaście godzin, po wykonaniu zaś cięcia krtaniowego żył chory 35 godzin.

Darują mi zapewnie szanowni czytelnicy, iż temu niezwykłemu, a typowemu przebiegowi błonicy tyle poświęciłem miejsca, pocieszam się jednak nadzieją, że ich uwagę zainteresować potrafiłem, a teraz zaś chciałbym wytłumaczyć ten niezwykły przebieg choroby już po dokonaniu cięcia krtaniowego ze stanowiska klinicznego. Potęgująca się gorączka od rana 24 listopada, po chwilowém ułudném obniżeniu się w ciągu wieczora i nocy z 23 na 24, udowadniała aż nadto dostatecznie, że choroba wypocinowa obniżała się wzdłuż tchawicy i oskrzeli grubszych, chociaż nie sprowadzała napadów duszności tak jak przy zajęciu krtani, to jednak wpływać mogła niekorzystnie na ośrodki nerwowe kierujące oddechaniem, co zdradzała i ta okoliczność, że mimo zresztą dość swobodnego oddechania twarz przybrała odcień żółtawy,

kachektyczny, skutki zatrucia jadem dyfterytycznym w wysokim stopniu nie dały na siebie długo czekać i wystąpiły w postaci porażenia nerwów oddechowych, które w prawdzie na godzin kilkanaście dało się pokonać przez zastrzyknięcie znacznéj ilości eteru. W końcu jednak znów nagle przecięło pasmo życia chorego dotknąwszy zwojów nerwowych serca, tj. sprowadzając nieuchronne już tą razą porażenie serca. Śmierć zatem pozorna nastąpiła wśród zasinienia i więcéj zwolna przez porażenie ośrodków nerwowych kierujących oddechaniem, śmierć zaś rzeczywista przez porażenie serca i nastąpiła nagle, niespodziewanie wśród bawienia się stanu zresztą względnie nader dobrego. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

A. Dehenne: **Wstrzykiwania podskórne ergotyny w moczówce cukrowéj i białkomoczu.**

Ergotyna i ergotynina należą do tych środków leczniczych, które stosowane wewnętrznie działają inaczéj niż zastrzyknięte pod skórę. Ztąd to pochodzi, że zapatrywania autorów co do działania ergotyny w cukrzycy nie zgadzają się. Jedni twierdzą, że ergotyna w ilości 5—6 kropli dziennie usuwa cukier z moczu już po 5—6 dniach, przy czém nie potrzeba nawet stósować żadnéj szczególniejszéj dyjety, inni znów podają, że ergotyna wcale nie działa przeciw cukrzycy. Otóż autor wnosi, że pierwsi autorowie otrzymali w doświadczeniach swych wyniki dodatnie, bo ergotynę zastrzykiwali podskórnie, drudzy zaś otrzymali wyniki ujemne, bo ją podawali *per os*.

Autor sam ogłasza spostrzeżenia ze swéj kliniki oparte na 32 przypadkach cukrzycy i dwóch przypadkach białkomoczu. Na podstawie téj twierdzi autor, że ergotyna wstrzykiwana podskórnie ma wpływ taki na te sprawy chorobowe, jak żaden z dotychczas używanych środków. Prawda, że w moczówce cukrowéj można uregulowaniem dyjety, przez podawanie bromku potasu lub alkaliów i różnemi innemi środkami znacznie zmniejszyć wydzielanie cukru, a nawet objaw ten chorobowy na krótki czas zupełnie usunąć, nigdy jednak nie można osiągnąć polepszenia lub wyleczenia na czas dłuższy. Po zastrzykiwaniu ergotyny skutek objawiał się u wszystkich chorych, w różnym jednak stopniu. Czy ergotyna jest w stanie tę dotąd prawie niewyleczalną chorobę zupełnie usunąć, nie odważa się jeszcze autor twierdzić. Widział jednak przypadki, w których po przeprowadzeniu kuracyi dotąd cukier w moczu się nie pojawił, w innych zaś w dwa do trzech miesięcy po leczeniu cukrzyca znów wystąpiła. Niektóre przypadki znów wymagały ciągłego stósowania tego leku. U wszystkich zaś chorych zauważył autor, że po ergotynie podskórnie użytéj stale *polyuria* i *polydypsia* szybko ustępowały, że cukier zawsze, przynajmniéj podczas stósowania ergotyny, z moczu znikał, że w stosunku tym siły chorego się wzmagały a wychudnienie ustępowało, tak dalece, że u niektórych chorych można było przedsięwziąć rękoczyny, od których dotąd z powodu cukrzycy wstrzymywano się.

Z historyj chorób podanych przer autora przytaczamy jednę. W końcu roku 1884 zasięgała rady lekarskiéj autora osoba 74-letnia z powodu zboczeń wzroku. Badanie wykazało, że chora cierpi już od kilku lat na cukrzycę, i pozostaje ciągle w leczeniu u różnych lekarzy. Matka i brat jéj zmarli z cukrzycy. Pragnienie ogromne, wychudnienie i osłabienie znaczne. Mocz zawiera 7·5% cukru, ilość moczu oddawanego dziennie koło 4 litrów (tj. 300 grm. cukru na dzień). Pacyjentka, która dotąd 5 lub 6 razy w nocy wstawała, aby pragnienie ugasić, podaje, że po 4ém zastrzyknięciu ergotyny nie potrzebowała już więcéj w nocy wstawać. Po 10 zastrzyknięciu badanie przedsięwzięte w pracowni chemicznéj *École normale* wykazuje zaledwie ślady cukru w moczu. Ogółem otrzymała chora 30 wstrzykiwań ergotyny i opuściła autora w styczniu 1885. Mocz był wtedy zupełnie prawidłowym. Po 3 miesiącach autor znów badał pacyjentkę, która przez cały czas cieszyła się dobrém zdrowiem. Badanie moczu w klinice autora przedsięwzięte wykazało znów ślady cukru. Zrobiono powtórnie 8 injekcyj. Ślad cukru znikł. Pacyjentka odtąd przzedstawiała się autorowi od czasu do czasu, do chwili jednak obecnéj (przeszło rok) cukru w moczu nie znajdowano, a chora czuje się zupełnie zdrową.

Co do białkomoczu, to i tutaj autor widział znakomite polepszenie po zastrzykiwaniu ergotyny, gdy jednak dotychczasowe badania opierają się tylko na dwóch przypadkach, nie chce autor jeszcze nic stanowczego twierdzić.

Spostrzeżenia swe streszcza w końcu autor w następujących punktach:

1. Wstrzykiwaniami ergotyny można czasowe, a nawet trwałe wyleczenie cukrzycy osiągnąć. 2. Polyuria i polydypsia ustępują już po pierwszych wstrzykiwaniach, glykosuria zmniejsza się po pierwszych, ustępuje jednak dopiero po 10 lub 12 injekcyi. 3. Glykosuryja wraca szybko, jeżeli wstrzykiwania przerwie się zawcześnie, ustępuje jednak znów prędko jeżeli się do ergotyny powróci. 4. Wstrzykiwania są zupełnie nieszkodliwie. Nigdy nie zauważano złych następstw, ani na miejscu stosowania ani w stanie ogólnym chorego. 5. Leczenie ergotyną może służyć jako przygotowanie do operacyi zaćmy lub innego rękoczynu u diabetyka. 6. Leczenie ergotyną nie jest połączone z żadnemi nieprzyjemnościami dla chorego, nie wymaga żadnego szczególniejszego zachowania się, ani szczególnéj dyjety. 7. Wewnętrzne podawanie ergotyny było zawsze bezskutecznem. (*Union médicale* 1886 Nr. 4.).

Dr. Kopff.

Dr. Langgaard: **O działaniu kofeinu.**

Autor robił liczne doświadczenia z wstrzykiwaniem kofeinu u psów kuraryzowanych, a doświadczeniami temi doszedł stanowczo do wniosku, że w zatruciach najmniejszemi dawkami trującemi kurary kofein (0,10) działa jako odtrutka, ratuje życie. Badania te mają o tyle praktyczne znaczenie, że znajduje się wiele trucizn w podobny sposób jak kurara działających, np. koniin. Co do tych przetworów jednakże nie wypowiada ostatecznego zdania, jakkolwiek część doświadczeń upoważniałaby go do tego. Przekonał się bowiem, że znoszono tak duże dawki koniinu przy równoczesném wstrzyknięciu kofeinu, po jakich bez wstrzyknięcia kofeinu bezwzględnie śmierć następowała. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 12). *Dr. Halski.*

Tamassia: **Ostre otrucie wyskokowe.**

Żołnierz, lat 21 liczący, jakkolwiek nadużywający napojów wyskokowych, przecie cieszył się zdrowiem przykładném; razem z kilką towarzyszami wyszedłszy z koszar przepędził wieczór na pijatyce: począwszy od wina przeszedł do piołunówki, okowity a skończył na araku, którego w krótkim czasie wypił całą butelkę. Około godziny 4éj zrana w stanie zapadu przeniesiony został do koszar a ztamtąd do szpitala, gdzie w stanie śpiączki żył jeszcze kilka godzin; środki zaradcze okazały się bezskutecznemi. W 36 godzin po śmierci (w miesiącu czerwcu) T. przystąpił do sekcyi

zwłok: Skóra blada, tylko na twarzy lekko zaczerwieniona; plamy trupie bruduo-czerwone, żyły podskórne przeświecające, brak wszelkich podbiegnięć, stężenie w dolnych odnogach, źrenice mocno zwężone, spojówki żywo nastrzyknięte, w ustach ślady wymiocin o woni wyskokowéj, skóra brzuszna zielona. Opona twarda mózgu mocno nastrzyknięta i lekko obrzękła, zatoki mocno rozszerzone, opony miękkie jak opona twarda, między niemi nie ma wybroczyn, kora mózgowa przekrwiona, zresztą w mózgowiu nie ma zmian; ściany tętnic mózgowych nieco twardsze; na błonie śluzowéj jamy ustnéj i gardziela ślady pokarmów, błona śluzowa żołądka żywo nastrzyknięta, w kilku miejscach wynaczynionki pod nią; w żołądku znajduje się około 90grm. płynu brunatnego o woni specyficznéj; błona mięsna jego zbitsza; podobnie zachowują się jelita, wątroba miernie stłuszczona, pęcherz moczowy zawiera nie dużo płynu; błona śluzowa tchawicy i oskrzeli nastrzyknięta, na niéj drobne bańki piany białéj, pod nią liczne drobne wynaczynionki; płuca wszędzie powietrze zawierające, obrzękłe, lekko rozdęte; w sercu dość dużo krwi po części skrzepłéj, szczególniéj w komórce prawéj, mięsień sercowy blady z powodu rozpoczynającego się zwyrodnienia tłuszczowego, żyły główne krwią przepełnione. — Jakkolwiek sekcyja nie wykazała nic szczególnego, T. stanowczo przypuszcza otrucie ostre wyskokowe na podstawie przekrwienia i obrzęku mózgowego, które wywołały porażenie płuc i serca, oraz na podstawie wywiadów, albowiem według Taylora 180 gramów wyskoku wystarcza do otrucia człowieka dorosłego (według Seydla 300—350 gramów okowity zwykłéj czyli według Dujardina-Beaumetz 3—6 gramów na jeden kilogr. ciężaru zwierzęcia), podczas gdy w danym przypadku żołnierz ów wypił 600—700 gramów araku, nie licząc już piołunówki, wina marsalskiego itd.

Nad przypadkiem tym T. czyni następujące uwagi:

1. Zdanie Tardieua, jakoby ostre otrucie wyskokowe nie zdarzyło się wcale u pijaków nałogowych, nie jest uzasadnioném; wszakże zmiany anatomiczne, występujące u pijaków nałogowych, usposobiają nierównie więcéj do ostrego otrucia.

2. Twierdzenie Caspra, jakoby w otruciu ostrém wyskokowém stężenie trupie utrzymywało się nierównie dłużéj, aniżeli w innych przypadkach śmierci, także nie jest uzasadnioném, skoro w powyższym przypadku po upływie 36 godzin już stężenia nie było w karku i odnogach górnych.

3. Mylném jest przypuszczenie Caspra, Limana i innych, jakoby w otruciu tém zgnilizna opóźniała się, jakoby wyskok działał niejako antyseptycznie; w opisanym przypadku przeciwnie zgnilizna względnie wcześnie wystąpiła.

4. Mylném jest następnie twierdzenie Caspra, Limana, jakoby barwa ciemna krwi i płynność miały jakieś znaczenie rozpoznawcze w tém otruciu, ponieważ zmiany te mogą istnieć, a wtedy nie dowodzą jeszcze otrucia wyskokowego, albo ich nie ma wcale, jak w powyższym przypadku. Również nieuzasadnioném jest twierdzenie Manasseina, jakoby ciałka czerwone krwi okazały się powiększonemi (napęczniałemi) i Lewina, jakoby były zniszczonemi.

5. Lekarze rosyjscy, a głównie Dieberg, kładą nacisk na wypełnienie moczem pęcherza moczowego. Już Casper zwrócił uwagę, że objaw ten, wcale nie zawsze występujący żadnego nie ma znaczenia rozpoznawczego. (*Rivista sperimentale di medicina legale. Anno XI, faca IV*).

(Zgadzając się w zupełności z powyższemi uwagami Tamassii, stwierdzamy na podstawie naszego doświadczenia, że ostre otrucie wyskokowe, z którém u nas zapewne częściéj się spotykamy aniżeli we Włoszech, żadnych nie przedstawia zmian charakterystycznych; zazwyczaj sprawdzić można tylko ostry obrzęk płuc, naturalnie obok zmian zwyrodnienia wyskokowego, jeżeli mamy przed sobą ciało pijaka nałogowego a nie nowicyjusza. Płonném jest kuszenie się o wykazanie jakichś zmian specyficznych, bo ich nie znajdziemy, a w szczególności byłby czas, aby co do wyskoku przynajmniéj nie ufać tak niepewnemu zmysłowi, jakim jest zmysł powonienia; przyznać raczéj się godzi, że nie bylibyśmy w stanie rozpoznać ostrego otrucia wyskokowego, gdybyśmy nie mogli polegać na wywiadach. Pojawienie się wreszcie zgnilizny i trwanie stężenia trupiego zależne są od tak licznych i różnorodnych warunków i okoliczności, że na nich już wcale polegać nie można; w szczególności co do wystąpienia i trwania stężenia trupiego zachodzą tak liczne wyjątki od prawidła podanego we wszystkich prawie dziełach podręcznych, że prawidło to za dogmat naukowy uchodzić już nie może). (*Przyp. Sprawozdawcy*). *L. B.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 3 marca 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 40.

1. Kol. Bossowski przedstawił kobietę, u któréj kol. Mikulicz dokonał kastracyi z powodu włókniaków macicy. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przegl. Lek.).

2. Kol. Braun w zastępstwie kol. Obalińskiego przedstawił kobietę przez tegoż operowaną. Przypadek ten ze względu na swą rzadkość zasługuje na bliższe zapoznanie się z nim. Rekonwalescentka, 22 letnia szwaczka, przebyła w dniu 6 lutego br. ciężką operacyję, którą z pośród chirurgów polskich przypadło po raz pierwszy wykonać kol. Obalińskiemu, a która w całéj lekarskiéj literaturze, zestawionéj przed kilku laty przez Giesa, dotąd zaledwie 21 razy zanotowaną była. W dniu tym wyłuszczono całą odnogę górną prawą wraz z łopatką, po poprzedniém podwiązaniu tętnicy podobojczykowéj i resekcyi $^1/_4$ zewnętrznéj części obojczyka. Powodem do tego zabiegu był złośliwy nowotwór, który począwszy się tworzyć przed 10 miesiącami w górnéj połowie ramienia prawego, doszedł rychło do wielkości głowy dorosłego człowieka, ogarnął łopatkę i część obojczyka, pozostawiając tylko pachę wolną. Jakkolwiek operator był całkiem świadomy piętrzących się przed nim trudności, a to tém bardziéj, że siły pacyjentki, jużto z powodu szybkiego wzrostu nowotworu, jużto jego posokowatego rozpadu, bardzo przedstawiały się wątłemi, mimo to nakłaniał chorą do poddania się ryzykownéj operacyi, w któréj widział jedyną jeszcze deskę zbawienia. Nadzieja nie okazała się mylną, dowodem czego obecna, jeżeli nie kwitnąca to przynajmniéj dobra cera rekonwalescentki, poprzednio w najwyższym stopniu bezsilnéj i niedokrewnéj. Operacyja została wykonaną w sposób jak to radzili Ried, Roser i inni, z tą jedynie odmianą, że podwiązanie tętnicy podobojczykowéj uczyniono zaraz na wstępie, zagłębiwszy odcinek cięcia kolistego, okrążającego podstawę nowotworu w miejscu, w którém typowo podwiązujemy tętnicę pod obojczykiem, poczém dopiero przepiłowano obojczyk i zabrano się do wyłuszczenia łopatki wraz z ramieniem, przyczém krwotok był mierny. Ranę dużą, bo przeszło stopę kwadratową mającą, zespojono kilkoma szwami płytkowemi i szwem kuśnierskim, po przeprowadzeniu grubego drenu. Operacyja taka może być wykonana z trojakich przyczyn: 1) jak obecnie z powodu nowotworu, 2) po obrażeniach, osobliwie maszynowych, 3) po rozległych zapalnych sprawach. W pierwszym przypadku jest ona najtrudniejszą do ocenienia. Gies przytacza, że z powodu nowotworów wykonano ją 10 razy z trzema zajściami śmiertelnemi. W dodatku należy napomknąć, że na łopatce wykonać można oprócz opisanéj operacyi jeszcze następujące: 1) wyłuszczenie saméj łopatki, z pozostawieniem odnogi i to resekując główkę

kości ramieniowéj lub pozostawiając ją nietkniętą, 2) amputacyję łopatki, 3) częściową resekcyję łopatki. Te operacyje były już wykonane przez polskich chirurgów mianowicie Mikulicza i Orłowskiego w Warszawie.

3. Kol. Gluziński przedłożył sprawozdanie komisyi wybranéj do rozpatrzenia wniosków przez niego postawionych.

Dr. Dobruchowski.

Posiedzenie z d. 17 marca 1886 r.

Przewodniczący A. kol. Rosner. Członków obecnych 32.

1. Kol. Ściborowski odczytał sprawozdanie z posiedzenia komisyi balneologicznéj.

2. Rozbierano dalszy ciąg sprawozdania komisyi wybranéj do rozpatrzenia wniosków kol. Gluzińskiego, oraz rozpoczęto obrady nad wnioskiem kol. Korczyńskiego, mającym za osnowę wskrzeszenie komisyi stałéj dla popierania i ochrony przemysłu krajowego, która istniała poprzednio w Tow. lek.

Dr. Dobruchowski.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Zjazdy.** Od 19—21 kwietnia odbył się w Rzymie Zjazd chirurgów włoskich pod przewodnictwem prof. chirurgii Durantego. W Chrystyjanii odbędzie się Zjazd lekarzy skandynawskich od 7—12 lipca. 59ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Berlinie od 18—24 września.

○ Zjazd niemieckiego Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego odbędzie się we Wrocławiu od 13—16 września. Na porządku dziennym zamieszczono następne sprawy: 1) Zakłady do badania pożywek, używek i przedmiotów do użytku. (Ref. prof. Dr. Hilger z Erlangi).

2) Łazienki ludowe i szkolne (Ref. doc. Dr. Lassar z Berlina i starszy burmistrz Merkel z Getyngi).

3) O polach do zraszania ze szczególném uwzględnieniem Wrocławia i o innych sposobach czyszczenia odchodów miejskich. (Ref. radzca budowniczy Kaufmann z Wrocławia i prof. Arnold z Bruszwiku).

4) Środki zapobiegające zatruciu czadem. (Ref. prof. Dr. Maks. Gruber z Gracu).

5) Nowsza technika odwietrzania zwłaszcza w stosunku do publicznych zakładów do odwietrzania. (Ref. prof. Dr. Hoffmann z Lipska i fizyk powiatowy Dr. Jacobi z Wrocławia).

* Liczba uczniów medycyny w uniwersytetach z wykładem niemieckim wynosiła w ubiegłém półroczu: w Berlinie 1305, Monachijum 1225, w Dorpacie 840, w Würzburgu 827, w Lipsku 742, w Gracu 490, w Gryfii 390, w Fryburgu 389, we Wrocławiu 375, w Hali 280, w Marburgu 268, w Bonnie 267, w Erlandze 247, w Królewcu 241, w Strasburgu 210, w Zurychu 207, w Getyndze 206, w Heidelbergu 205, w Insbruku 202, w Bernie 198, w Kielu 197, w Tübindze 197, w Jenie 193, Giessen 145, w Bazylei 121, w Rostoku 106. W wykazie tym, podanym w *Berl. klin. Woch*, opuszczono Wiedeń i Pragę. Zapewne nie wypadało przypomnieć, że na Wydziale lekarskim w Wiedniu uczęszczało w półroczu zimowém uczniów 2673, a więc o 143 więcéj aniżeli na obydwóch najbardziéj uczęszczanych wydziałach Państwa niemieckiego.

○ W skutek niedawno przez Dujardin-Beaumetza złożonego sprawozdania o częstości wścieklizny ogłasza paryska Rada higijeniczna sposób, w jaki zachować się mają osoby pokąsane przez psa wściekłego. Jedyny sposób postępowania mający widoki skutku polega na dozwoleniu odpływu krwi z rany, wymyciu i wypaleniu téjże. Użycie amonijaku, kwasu karbolowego, wyskoku, arniki itd. jest zupełnie bezskuteczne. Rada higijeniczna zaleca ostrzejsze postępowanie z psami bez właściciela, które głównie bywają powodem wścieklizny. Zapadłszy na wściekliznę gryzą inne psy, których właściciele z obawy utraty ulubieńców swych fakt ten zatajają. (*Gesundheit* 1886, Nr. 1).

○ **Paryż.** Minister spraw wewnętrznych oddał corocznie do rozporządzenia Akademii lekarskiéj kwotę 2000 franków, jako nagrodę za najlepsze prace w sprawie śmiertelności dzieci.

○ Blot składając Akademii lekarskiéj w Paryżu sprawozdanie roczne o szczepieniu i powtórném szczepieniu, kładzie nacisk na konieczność przymusu szczepienia. Bucquoy wyraził powątpiewanie, czy szczepionka z osób już raz szczepionych jest skuteczną; sprawą tą zajmowano się także w paryskiém Towarzystwie lekarzy szpitalnych, przy czém wyrażono przekonanie, że taka limfa własności ochronne utraciła. Vidal oświadcza, iż kilka osób szczepił skutecznie limfą z powtórnie szczepionych a szczepienie powtórzył w trzy miesiące późniéj również ze skutkiem. Przemawia to przeciw skuteczności szczepionki z powtórnie szczepionych. (*Gesundheit* 1886, Nr. 1).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,8. Z płonicy 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 6 odry, 1 duru brzusznego, 8 duru osutkowego. W tygodniu od 11—17 kwietnia umarło z ospy w Wiedniu 5, w Budapeszcie 12, w Pradze 2, w Rzymie 13, w Zurychu 2, w Paryżu 7, w Brukseli 2. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 3, w Budapeszcie 4. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 9. Z cholery umarło w Wenecyi 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 10, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Pradze 19, w Paryżu 26, w Londynie 38, w Petersburgu 28. Z płonicy umarło w Petersburgu 23. Z błonicy umarło w Wiedniu 14, w Berlinie 23, w Paryżu 54, w Londynie 33, w Petersburgu 16. Z krztuśca umarło w Paryżu 22, w Londynie 94.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,4; w Brodach 48,4; w Drohobyczu 46,8; w Kołomyi 24,4; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 56,1; w Tarnopolu 36,8; w Tarnowie 40,8; w Czerniowcach 38,8; w Warszawie 31,1; w Poznaniu 23,7; w Budapeszcie 39,6; w Wiedniu 34,1; w Lincu 46,8; w Salcburgu 37,2; w Gracu 34,6; w Lublanie 34,3; w Tryjeście 34,8; w Insbruku 26,1; w Pradze 52,0; w Bernie 48,7; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 23,7; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 26,5; w Bazylei 20,5; w Brukseli 33,9; w Chrystyjanii 17,5; w Genewie 18,7; w Kopenhadze 24,5; w Londynie 19,8; w Odesie 31,6; w Paryżu 27,1; w Petersburgu 39,6; w Stokholmie 27,9; w Wenecyi 24,0; w Zurychu 24,3.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 maja. Według uchwały Tow. lekarskiego odbędzie się w niedzielę d. 9 bm. o godzinie 12éj w południe w sali egzaminacyjnéj Wydziału lek. uroczyste odsłonięcie portretu śp. prof. Kozubowskiego. Na uroczystość tę Tow. lekarskie oprócz członków swoich zaprasza Prezesa Akademii, Rektora U. J., członków Wydziału lek. i uczniów medycyny.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Mikulicz przedstawił preparat macicy, którą wydobył u pacyjentki 60-letniéj z powodu pierwotnego raka trzonu macicy; poczém doc. Pieniążek miał wykład zapowiedziany, a w dyskusyi wzięli udział: koll: Murdzieński, Obaliński, Mikulicz, Zaręba i prelegent.

* Dr. Górski, elew kliniki chirurgicznéj tutejszéj, wyjeżdża na półrocze letnie do Niemiec, Amsterdamu i Szwecyi, celem zapoznania się bliższego z mięsieniem i gimnastyką szwedzką.

* W Oleszycach potrzebnym jest lekarz. Właściciel majątku obowiązuje się dawać 430 zła. rocznie i mieszkanie, gmina zaś płaci 150 zła. rocznie. Zgłaszać się należy do docenta Jordana w Krakowie lub Dra Merczyńskiego we Lwowie.

* **Lwów.** Z początkiem bm. Dr. Szpilman rozpoczyna trzeci kurs bakteryjologiczny w pracowni epidemijologicznéj c. k. Rady zdrowia; w lipcu zaś zamierza urządzić kurs dwutygodniowy.

* **Wiedeń.** Wiadomo, że Wydział lekarski niemiecki w Pradze czeskiéj udał się był do Trybunału administracyjnego z zażaleniem przeciw rozporządzeniu Ministerstwa Oświecenia w sprawie odstąpienia części ubikacyj klinicznych na rzecz Wydziału czeskiego. Otóż Trybunał orzekł, że Senat akademicki pozostaje do Ministerstwa Oświecenia w stosunku jak władza podrzędna do przełożonéj, że więc nie ma prawa wniesienia zażalenia, chyba w razie, jeżeli stoi na straży legatów.

* **Wiedeń**. Są tu opróżnione obecnie dwie ważne katedry: położnictwa, w skutek ustąpienia prof. Spätha i higijeny po śmierci Nowaka. O pierwszą ubiegać się będą: prof. Braun młodszy i prof. Breisky z Pragi. W razie, jeżeli katedrę otrzyma Braun, wtedy o zajmowaną przezeń katedrę kliniczną dla akuszerek ubiegać się będą proff. Bandl, Rokitansky i Schauta z Insbruku. Jako kandydatów na katedrę higijeny wymieniają: prof. Soykę z Pragi, Grubera z Gracu i docenta Kratschmera w Wiedniu.

W ostatnich tygodniach zdarzyły się w rozmaitych klinikach przypadki *Meningitis cerebro-spinalis*.

* **Paryż**. Na zakład Pasteura zebrano dotąd 589,357 franków. Na asanizacyję miasta Tulonu minister handlu żąda kredytu w kwocie 300,000 franków.

* **Londyn**. Prezydentem Kolegijum lekarskiego wybrany został Sir William Jenner.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Aberdeen**. Dr. Mac William mianowany profesorem fizyjologii. — **Berlin**. W miejsce Grawitza drugim asystentem prof. Virchowa mianowany docent prywatny Israel, a trzecim Langerhans. — **Jena**. Prof. farmacyi Hirzel z Lipska wezwany został na posadę w Jenie. — **Dorpat**. Prof. kliniki lek. Vogel zamierza ustąpić z katedry. — Prof. Eminghaus powołany został na katedrę psychijatryi w Fryburgu. — **Petersburg**. Prof. fizyjologii Owsjanników wysłużywszy 35 lat przeniósł się w stan spoczynku. — **Charków**. Dr. Wysokowicz mianowany został docentem patologii ogólnéj.

* **Mianowania**. W awansie majowym mianowany został starszym lekarzem sztabowym 2éj kl. lekarz sztabowy Dr. Wilhelm Tonner w Pradze czeskiéj, znany z dłuższego pobytu swego w Krakowie. — Lekarzem pułkowym 1éj kl. mianowany lekarz pułkowy 2éj kl. Dr. Ignacy Link przy szpitalu garnizonowym we Lwowie, bawiący od dłuższego czasu w Krakowie i praktykujący w klinice prof. Mikulicza; przeniesieni: lekarz sztabowy Dr. Lion do szpitala garnizonowego we Lwowie, lekarze starsi Drowie Jan Stefanicki do 8go pułku ułanów, Józef Ortyński do 16go pułku huzarów i Jerzy Koczyński do 48go pułku piechoty.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali: pp. Walery Mieczysław Łukasiewicz z Głogowy, Józef Galant ze Strochacina, Henryk Fraenkel i Kazimierz Kaden z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Pradze umarł Dr. Edward Linnemann prof. chemii w uniw. niemieckim, dawniéj we Lwowie. W Nicei umarł w 40ym roku życia Dr. Ludwik Thaon, znany z badań histologicznych nad gruźlicą.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Zesz. I Fabiana: O warunkach powstawania i znaczeniu klinicznêm podwyższenia ciepłoty w gorączce; Rogowicza: O ciąży szyi macicznéj; Bielińskiego: Doktorowie promowani w Wilnie (c. d.); Krajewskiego: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w r. 1883. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 78: Goldflama: O rozsianêm wieloogniskowêm stwardnieniu mózgu i rdzenia. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Elsenberga: Zaszczepienie gruźlicy u dziecka; Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki raka pierwotnego krtani (dok.). — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 5: Szpilmana: O wylęganiu się wścieklizny. Studyjum doświadczalne (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 18: Skórczewskiego: Nerwowe kołatanie serca (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Jan ROSNER: Truskawiec, Sprawozdanie za rok 1885. Truskawiec 1886 in 8vo str. 19.

Dr. J. BANDROWSKI: Medycyna sądowa i jéj wykonawcy w obec ustaw. (Odbitka z „Tygodnika Rzeszowskiego“). Rzeszów 1886, in 8vo str. 20.

(O rozprawce téj wspomnieliśmy już; dodajemy tylko, że zwróciła na siebie uwagę kolegów czeskich, którzy mają zamiar przyłączyć się do podania lekarzy galicyjskich).

M. HAY: Die animale Vaccination, Wien 1886, in 8vo str 44.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor.. arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków 15 maja 1886. № 20. Rok XXV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

II.

Śmierć naturalna, czy z udaru mózgowego urazowego.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Historyja tego przypadku według odezwy Sądu obwodowego w X. jest następująca:

„Dnia 7 maja przed południem nastąpiła we wsi L. s. sprzeczka między tamtejszym krawcem Leibą Gerszonem K. a Hugonem J. z téj przyczyny, że pierwszy żądał za naprawę futerka natychmiastowéj zapłaty 40 centów, podczas gdy mu takowe Hugo J. późniéj uiścić chciał. W ciągu téj sprzeczki połączonéj z wzajemném wydzieraniem sobie tego futerka, został Hugo J. przez 5 lub 6 ludzi otoczony i pięściami w piersi, w brzuch i inne części ciała szturkany przez pół godziny, nim się zbiegli ludzie wrzawą i krzykiem sprzeczających się zaciekawieni. Po ustaniu szamotania zaniemógł Hugo J. tak mocno, że począł się chwiać i nie mogąc ustać na nogach położył się był na ziemię na wznak oznajmiając otoczeniu, że czuje bezwładność w lewéj stronie ciała. Podczas leżenia na ziemi, a poźniéj podczas siedzenia, będąc przez innych podtrzymywanym, zażądał był fajki, palił z niéj, kazał swemu służącemu pójść po konie i objawił był chęć udania się pieszo do swego mieszkania, dokąd w skutek okazanéj niemocy odwieziony być musiał, gdzie wnet przytomność stracił i nazajutrz, t. j. dnia 8 maja, około godziny 3éj z południa zmarł, nie opowiedziawszy nikomu bliższych szczegółów sprzeczki i bicia. Uskutecznione dnia 10 maja przez lekarzy Dra A. i chirurga B. oględziny i sekcyja zwłok Hugona J. wykazały obrażenia ciała za lekkie uznane i w żadnym przyczynowym związku ze śmiercią Hugona J. nie zostające. Ponieważ protokół ten nie był w całéj swéj treści na miejscu spisany, lecz dopiero późniéj został ułożony, przeto Sąd obwodowy nie dopuszczając tych lekarzy do podpisania go, zarządził powtórne oględziny i sekcyję zwłok Hugona J. przez innych lekarzy, t. j. przez Dra C. i chirurga D., które d. 15go maja nastąpiły. Obydwa te protokóły różnią się między sobą co do wyniku oględzin i sekcyi. Celem uchylenia téj różnicy zdań lekarzy i nabycia pewności, które z tych dwóch orzeczeń lekarskich ma być podstawą do dalszego postępowania karnego przeciw obwinionym, przedstawiono lekarzom Drowi A. i B. wynik powtórnych oględzin, lecz oni obstawali przy treści protokołem oględzin swych objętéj. W zamiarze więc osiągnięcia pewności dla sprawy karnéj niezbędnie potrzebnéj, czy obrażenia na zwłokach Hugona J. znalezione są rzeczywiście lekkie i w żadnym przyczynowym związku z jego śmiercią nie zostają, jak pierwsi twierdzą lekarze, czy też przeciwnie obrażenia te są ciężkiemi, jak drudzy twierdzą lekarze, które śmierć Hugona J. spowodować musiały, Sąd obwodowy prosi Wydziału o zbadanie sprawy i udzielenie orzeczenia“.

Protokół sekcyjny pierwszy z d. 10 maja opiewa jak następuje:

Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki mężczyzny około 48 lat mającego, wzrostu słusznego, silnéj budowy ciała, dobrze odżywionego, włosy siwe, obie źrenice rozszerzone. Brzuch znacznie wzdęty, na całéj powierzchni tegoż skóra pośmiertnemi zielonemi plamami pokryta. 2) Na lewém przedudziu pośrodku tegoż znajduje się na wewnątrz tuż poniżéj brzegu kości goleniowéj rana kształtu i objętości centa z przyskórka i skóry ogołocona. 3) Po obu stronach klatki piersiowéj, jakotéż i ramionach ku wewnętrznéj stronie, kilkanaście sińców, niebieskawo-czerwono zabarwionych, nieregularnego kształtu i różnéj objętości orzecha laskowego do objętości orzecha włoskiego. 4) Za uszami cztery znaki od stawianych pijawek, w zgięciu prawego stawu łokciowego ranka ciągła 1cm. długości z powodu upustu krwi. 5) Na tylnéj części ciała, a to wzdłuż grzbietu, ośm pręgowatych z góry ku dołowi nieco ukośnie na zewnątrz ułożonych siń-

ców od 10 do 15cm. długości; prócz rozległych plam pośmiertnych nie dostrzegamy na całéj powierzchni ciała żadnych dalszych śladów doznanych obrażeń cielesnych.

Oględziny wewnętrzne. 6) Po otwarciu czaszki znajdujemy takową prawidłowo zbudowaną tak zewnętrznie jakotéż i wewnętrznie, nigdzie nieuszkodzoną, tak samo i na ogłowiu żadnych śladów jakiegokolwiekbądź doznanego uszkodzenia nie dostrzeżono. 7) Na powierzchni opony twardéj mózgu znajduje się znaczna ilość wybroczyny skrzepłéj krwi, zatoki mózgu krwią przepełnione, w zwojach i jamach mózgu znaczna ilość krwi skrzepłéj. 8) Po otwarciu klatki piersiowéj znajdujemy w jamie téjże znaczną ilość, a mianowicie około pół litra, płynu surowiczego krwawo zabarwionego, płuca po obu stronach do klatki piersiowéj włóknistemi błonami przyrosłe, oba płuca mocno obrzękłe, na przekroju wydziela się z nich ciecz surowiczo pienista, czerwono zabarwiona. 9) Serce przedstawia się w czwórnasób powiększone prawie zupełnie w tłuszcz zamienione, wiotkie i w komórkach tegoż znajduje się nieco krwi skrzepłéj. 10) Wątroba nadzwyczaj powiększona, na przekroju tłuszcz wydzielająca. 11) Nerki w dwójnasób zwiększone tłuszczem obrosłe, na wewnątrz mocno przekrwione. 12) Siatka brzuszna tak samo stłuszczona. 13) Żołądek gazami mocno wydęty, próżny, błona śluzowa zgrubiała, obrzmiała, grubo śluzem pokryta, miejscami zaczerwieniała. 14) Jelita cienkie i grube mocno gazami wzdęte. 15) Pęcherz moczowy próżny. 16) Jądra nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Orzeczenie. Z powyższego protokółu sekcyjnego wynika, iż śmierć Hugona J. spowodowaną została w skutek zmian chorobowych wszystkich organów miąższowych, jakoto: w skutek nadzwyczajnego rozrostu i stłuszczenia serca, przerostu i stłuszczenia nerek, jakotéż obrzęku płuc, zmiany te chorobowe wywołały w następstwie zastoje w krążeniu krwi i ostatecznym wynikiem tychże było silne wynaczynienie krwi do mózgu, z któregoto powodu porażenie mózgu i śmierć koniecznie u Hugona J. nastąpić musiała. Obrażenie cielesne znalezione na powierzchni ciała w wywodach pod 3 i 5 spisane zadane zostały a to pod 3 w skutek uderzeń pięściami, pod 5 zaś narzędziem tępém twardém kantowatém, jak np. kawałkiem drzewa przerąbanego; należą one do rzędu lekkich uszkodzeń cielesnych, niezostających w żadnym przyczynowym związku ze śmiercią sekcyjonowanego, mogły one najwięcéj 5- do 8-dniowe nadwerężenie zdrowia z powodu bólów mniejszych wywołać, nie wyklucza się atoli możebności, że w skutek gwałtownego rozdrażnienia nerwowego i tak nieuniknioną, i to w jak najkrótszym czasie nastąpić mająca śmierć nieco przyspieszoną została.

Wynik sekcyi ponownéj, uskutecznionéj d. 15 maja przez dwóch innych znawców, był następujący:

Oględziny zewnętrzne. 1) Zwłoki mężczyzny na lat 40 kilka do 50 wyglądającego, wzrostu słusznego, dobrze zbudowanego i odżywionego; głowa blond szpakowatym włosem pokryta, wąs szpakowaty, broda zgolona, twarz ściągła, powieki zamknięte, jamy ust i nosa zamknięte, suche. Powłoka czaszkowa po stronie od ucha jednego do drugiego przecięta, po zbadaniu téjże powłoki tak zewnętrznie, jakotéż wewnętrznie nie znajdujemy żadnych znaków i obrażeń. Na twarzy i na brodzie plamy zielonawe pośmiertne, szyja obrzmiała zielonawo zabarwiona, na powłoce żadnych śladów gwałtu, jakotéż żadnych podbiegnięć podskórnych krwi. Powłoki na klatce piersiowéj, na powłoce brzusznéj i na plecach ciemno-zielonawo zabarwione, a na brzuchu i plecach przyskórek oślizły i łatwo się zsuwający, odnogi zaś tak górne jak dolne marmurowo zielonawo zabarwione. Powłoka skórna na klatce piersiowéj i brzuchu jest jak zwykle do sekcyi nad krzyż przeciętą i szwami z nitki uczepioną. Nad biodrem prawém, nad kością goleniową prawą i nad kością goleniową lewą znajdujemy razem pięć zdarć przyskórka zaschłych wielkości półcenta, a to jeden nad kością biodrową a po dwa nad kośćmi goleniowemi. W linii pachowéj lewéj od 4—9 żebra znajdujemy pręgę podłużną przez zdarcie przyskórka stworzoną, zaschłą. Na plecach zaś, ponieważ zabarwienie zielonéj skóry powierzchowne jest znaczne, dla zbadania możebnych obrażeń zrobiliśmy cięcie podłużne skóry nad kością pacierzową, od szyi aż do kości kuprowéj, celem odpreparowania skóry od mięśni, poczém znaleźliśmy znaczne podbiegnięcie krwi prawie z wynaczynieniem w galaretowatéj masie po obu stronach lędźwi w okolicach nerek. Więcéj obrażeń na skórze nie ma. Na prąciu, a to na zawiniętéj skórze żołędzi, zdarcie błony w obwodzie, na stronie przedniéj pergaminowo zaschłe, ciemno różowawo się przedstawiające, zaś na saméj żołędzi na przedniéj stronie dwa ciemno fijoletowe zabarwienia, na przecięciu z podbiegnięciem krwi, a to jeden wielkości soczewicy i drugi prosa, obok siebie ułożone. Na mosznach, a to na dole pod jądrem lewém, zdarcie powierzchowne przyskórka, a jądro zaś lewe przedstawia się znacznie wyciągnięte i jakby w worek moszen włoczone.

Oględziny wewnętrzne. 2) Czaszka w okolicy kości skroniowych, czołowéj i tyłogłowowéj poprzecznie przepiłowana, tak na czaszce, jak i wewnątrz téjże nie znajdujemy żadnych objawów obrażeń. Przepony mózgowe i miąższ mózgu także poprzecznie, stosownie do przepiłowanéj czaszki przecięte, o powierzchni ciemną krwią skrzepłą nasiąkłéj. Przy robieniu cięć głębszych w miąższu mózgu warstwowo aż do podstawy znajdujemy punkciki drobne krwi, jako objaw przekrwienia. 3) Klatka piersiowa w przedniéj stronie jak do sekcyi otwarta, płuco prawe i lewe są wolne, do klatki wcale nieprzyrosłe, oba płuca cięciami prostemi w kilku miejscach poprzecinane a my przecinając w świeżych miejscach znajdujemy je silnie przekrwione, z obu płuc przy ucisku na przekroju wydziela się ciecz surowiczo krwista. 4) Worek sercowy przecięty, serce przedstawia się wiotkie flakowate i powiększone a komórki tegoż tak prawa jak i lewa podłużnie przecięte. Robiąc świeże cięcia znajdujemy takowe wiotkie, bez objawów jednak stłuszczenia, ściany serca są stosownéj grubości do stanu obecnie rozwolnionego serca, zastawki zaś nie zdradzają żadnéj nieprawidłowości. 5) Żołądek przecięty, bez objawów chorobowych, tak samo i jelita. Wątroba prawidłowéj wielkości przecięta poprzecznie i podłużnie, a na świeżych cięciach prawidłowo się przedstawia, nie jest przekrwioną. Śledziona prawidłowéj wielkości wiotka, przecięta, bez objawów chorobowych. Nerki obie przecięte, na świeżych cięciach objawiają znaczne przekrwienie. Pęcherz moczowy pod spojeniem łonowém moczem wypełniony w ilości jednéj szesnastéj części litra, a po otwarciu ostrożném pęcherza znajdujemy ciecz krwisto zabarwioną prawie krwawą. 6) Z powodu znalezionego obrażenia na mosznach i prąciu w oględzinach zewnętrznych opisanego przystąpiliśmy do bliższego zbadania jąder, z powodu tego przecięliśmy moszna i znaleźliśmy prawe jądro silniéj przekrwione niż lewe, a jądro lewe także w górnéj części przekrwione a pochewka bliższa tegoż jądra przedarta, sznury nasienne w całości zachowane. 7) Za obu uszami znaki po

pijawkach stawianych razem w ilości pięć a w zgięciu łokciowym odnogi górnéj prawéj znak cięty z powodu puszczenia krwi.

Orzeczenie. Zwłoki znajdują się w trzecim stopniu zgnilizny, a w tym stopniu zewnętrznie uwydatnione objawy zgnilizny szczególnie na plecach maskują zewnętrzne znaki możebnych obrażeń i tylko podskórnie przez odpreparowanie skóry znaleźliśmy objawy i zmiany chorobowe, t. j. znane podbiegnięcie krwi z wynaczynieniem galaretowato skrzepłém. Te obrażenia wywołane zostały tylko przez silne uderzenia narzędziem twardém a tępém do kilkunastu razowych uderzeń jak najprawdopodobniéj przez kopanie butami lub uderzenie kamieniem, kolanem lub tém podobném. Te uderzenia, w okolicy lędźwiowéj obok kręgu pacierzowego zadane, musiały oddziałać na pacierz i nerki, z powodu czego wywołały tego rodzaju zmiany chorobowe w organizmie, że śmierć wkrótce sprowadziły. Obrażenia te powyżéj opisane są przeto obrażeniami ciężkiemi, które w najlepszym przypadku pociągają za sobą nad 30 dni nadwerężenia zdrowia i niezdolności do pracy, a w tym przypadku wywołały objawy i zmiany chorobowe, które śmierć spowodowały. Jakieto były objawy, które śmierć spowodowały, nie możemy dać stanowczéj odpowiedzi, a to z powodu już raz przeprowadzonéj obdukcyi i pokrajania organów, a szczególnie mózgu jako téż i z powodu, że przez otwarcie zwłok przy pierwszéj obdukcyi i pocięcie organów wewnętrznych przy oględzinach pierwotnych stopień zgnilizny stosunkowo znaczniéj postąpił, jakby był być powinien w tym czasie w zwłokach jeszcze nieotwartych. Prącie doznało lekkiego obrażenia albo przez otarcie o przedmiot nierówny twardy lub zdarcie paznogciem. Obrażenie zewnętrzne na mosznach znalezione bez towarzyszącego zasinienia, podbiegnięcia krwi lub obrzmienia i opuchnienia, wpadnięcie jądra w to obrażone miejsce, przedstawia się więcéj jako sztuczne, nożem tępym więcéj przez darcie sprawione, jako cięcie powierzchowne pośmiertne najprawdopodobniéj przy pierwszéj obdukcyi. Przeto przy nacięciu moszen i pochewka jądra naciętą być musiała i w ten sposób jądro to wpadłe w nadcięte części jakby wtłoczone się przedstawia. I jądro to lewe znaleźliśmy mniéj przekrwione niż prawe. Reszta obrażeń są obrażeniami lekkiemi. Przy obecnéj obdukcyi, przejrzeniu i zbadaniu tak całych zwłok jak i organów wewnętrznych, nie zauważyliśmy żadnych takich zmian chorobowych, któreby wskazywały na naturalny powód obecnéj śmierci, dla tego tu stanowczo orzekamy, że z powodu pobicia objawy tego rodzaju wywołane zostały, które śmierć sprowadziły. (Dok. nast.)

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

2. Z dzieci pp. Ag., pozostawionych na piętrze, zaraz w nocy z 19 listopada na 20. tj. w 2 doby po zachorowaniu Antosia, zachorowała $4^1/_2$ letnia Brońcia, dostawszy dreszczów i gorączki, tak że zrana zawezwany do niéj sprawdziłem ciepłotę 40·0, tętno 140 i na obu migdałkach pokład dyfterytyczny z lekkiém obrzmieniem gruczołów podszczękowych. Ponieważ pokład dyfterytyczny na obu migdałkach nie rozlewał się jednostajnie i nie zajmował całych migdałków lecz widocznym był w postaci sporego grochu, przeto użyłem tym razem na próbę energicznego lapisowania zapomocą kawałka kamienia piekielnego, tak że nietylko sam pokład ale i otoczenie najbliższe na migdałkach należycie potarłem kamieniem, poczém zaleciłem małéj pacyjentce płukanie gardła rozczynem 3% kwasu borowego i podałem wewnętrznie będźwinian sodowy 10·00 na 150·00 co godzina po łyżce, a w gruczoły nieco obrzękłe kazałem co 3 godziny wcierać maść jodoformową ze złagodzoną szaruchą. W południe ciepłota obniżyła się wynosząc tylko 39·7, a wieczorem o godzinie 10 tylko 38·8, tętno zaś 128; w moczu białka stwierdzić nie zdołałem. Na drugi dzień ciepłota okazała się już prawidłową, a przebieg dyfteryi u téj choréj, leczonéj prawie ukradkiem przed matką, przygniecioną już ciężarem jednego wielkiego nieszczęścia, był i następnie nader łagodnym, tak że pokład błonicowy widocznym był tylko na wewnętrznéj powierzchni obu migdałków, ani na tylną ścianę połyku, ani na podniebienie miękkie nie przeniósł się, i przy zwykłém płukaniu z kwasu borowego 3%, podawaniu wina i pożywnéj dyjety zaczął się 3go dnia choroby powoli złuszczać, a w dniu śmierci poprzedniego chłopczyka, tj. 25/11, a więc w 5tym dniu choroby, mogłem matce oświadczyć, że jéj Bronia niemal już uratowana znajduje się na najlepszéj drodze do zupełnego wyzdrowienia. W istocie 5go dnia choroby widzieć się dały zaledwie ślady wypociny błonicowéj na migałkach, a lubo jeszcze przez dalszych 5 dni ślady pokładu błonicowego ciągle się odnawiały i to pomimo lekkiego wycierania migdałków watą obwiniętą koło patyczka i zamoczoną w chlorku zynkowym 10%, i następnego zasypywania jodoformu 3 razy dziennie, to jednak dnia 12tego choroby gardło oczyściło się zupełnie i małą pacyjentkę zupełnie już zdrową oddałem w ręce rodziców. Nadmienić przytém muszę, że po sprawdzeniu błonicy u $4^1/_2$-letniéj Brońci wśród dzieci pozostawionych na piętrze zarządziłem znów dokładne oddzielenie téj choréj od 9-letniego Kazia, $1^1/_2$ r. Ludwisia i 7 letniéj Mani, którym przeznaczyłem osobną służbę i dość obszerny, widny, pełen świeżego powietrza salonik, w dniu zaś śmierci 3 letniego Antosia, tj. 25 listopada, kazałem troje tych dzieci umieścić w przysposobionych tymczasem oficynach. $4^1/_2$-letnią zaś Brońcię sprowadziłem na dół do obszernego pokoju gościnnego, oddzielonego pokojem od wielkiéj izby, w któréj poprzedni chłopczyk chorobę przebywał.

Dzieci dotąd zdrowe płukały profilaktycznie gardło wodą wapienną, migdałki ich i połyk były przez ich nauczyciela pilnie 2 razy dziennie pędzlowane zawiesiną jodoformową w oliwie i glicerynie (*Jodoformii* 10·00, *Ol. Olivar.* 40·00, *Glycerini* 80·00), a wewnętrznie dostawały raz dziennie 1—2 kropli *Solut. arsenical. Fowleri* tuż przed obiadem ($1^1/_2$ roczny Ludwik $^1/_2$ kropli). Nadto dzieci te badałem raz dziennie osobiście w innym ubiorze, po dokładném zdezinfekcyjonowaniu się za pomocą kwasu karbolowego, i stwierdzałem przez tydzień, tj. od 24 listopada do 1 grudnia 1883 r., że dzieci te były zupełnie zdrowe, gardła ich nie okazywały ani śladu wypociny jakiejkolwiek, słowem, że zupełne odosobnienie, otoczenie inną służbą, dezinfekcyjowanie obu pokoi, w których dzieci umieszczono, dokonywane za pomocą terpentyny i kwasu karbolowego 5%, rozpylanych przez przyrząd inhalacyjny, jedném słowem, że wszystkie te zabiegi były uwieńczone pomyślnym skutkiem. Jeszcze podczas méj ostatniéj wizyty lekarskiéj w dniu 3 grudnia sprawdziłem

zupełnie prawidłowe wyglądanie gardła u powyższych 3ga dzieci i uspokoiwszy rodziców miałem za 2 dni przyjechać, aby ostatecznie już resztę dzieci zbadać i sprawę leczenia tak 4½ letniéj Broni zakończyć, jakotéż aby sprawdzić, czy dezinfekcyja całego domu według mych wskazówek ściśle przeprowadzoną została. Wszelkie jednak środki ostrożności przeprowadzane z możliwą starannością zawiodły nas, albowiem już wieczorem w dniu mego odjazdu 7 letnia Mania, która zrana okazywała stan zupełnie bezgorączkowy i w gardle dokładnie badaném ani śladu jakiegokolwiek zapalenia, nagle o godzinie 7méj wieczorem poczęła się uskarżać na ból gardła, a badanie dokonane przez osoby najbliższe, wprawne w oglądanie gardła, wykazało 2 drobne punkciki na obu migdałkach, które po zapędzlowaniu zawiesiną jodoformową zniknęły. O godzinie 9 wieczorem ciepłomierz wykazał 37·7, a tętno uderzać miało 130 razy na minutę. O godzinie 10½ ciepłota poczęła się wzmagać do 38·9, o godzinie 1½ po północy do 39·3, o godzinie 8méj do 39·7. — Ja przybyłem o godzinie 10téj zrana dnia 4go grudnia i sprawdziłem znów dyfteryję u méj małej pacyjentki, która w lecie również zimnicę przebywała, w październiku jednak i listopadzie po zużyciu znacznéj ilości chininu żadnych już więcéj napadów nie miewała.

Siedmioletnia ta dziewczynka, o włosach kruczo-czarnych, oczach ciemnych, z twarzyczką pełną, rumianą, usposobieniu żywém, uskarżała się obecnie na niezbyt znaczny ból przy połykaniu; ciepłota nie była nadzwyczaj podniesioną, termometer albowiem wykazywał 39·4C., tętno zaś uderzało 142 razy na minutę. Wypocina dyfterytyczna zajmowała cały migdałek prawy i niemal cały migdałek lewy, łuki podniebieniowe były wolne, podniebienie miękkie i języczek tak samo nie okazywały ani śladu nalotu. Natychmiast zapędzlowałem migdałki chlorkiem zynkowym rozpuszczonym w wodzie w stosunku 1:8, a następnie zawiesiną jodoformową, podałem resorcyn wewnętrznie w dawce ¼ grama, a nadto zaleciłem co 3 godziny wcierania w miernie obrzękłe gruczoły podszczękowe maści jodoformowéj z szaruchą *(Jodoformii desodor. fab. toncae* 1: *Ungt. emoll., ungt. cinerei āā* 5), obok tego okłady wysychające co 3 godziny z papierem gutaperkowym z wierzchu; i poleciłem jak najczęstsze płukania co ¼—½ godziny z wody wapiennéj z dodatkiem kwasu borowego. O godzinie 3ciéj popołudniu wynosiła ciepłota 40·1°C., skutkiem czego zaleciłem zawinięcie w mokre, zimne prześcieradło, dwukrotnie zmieniane co ¼ godziny. O godzinie 5téj znów wypędzlowałem gardło chlorkiem zynkowym i jodoformem i podałem z powodu 40·0 C. proszek złożony z 0·25 *Resorcini* i 0·25 *Chinini muriatici*, który chora zwymiotowała.

O godzinie 7méj ciepłota obniżyła się i wynosiła tylko 39·5, opadła zatém o ½ stopnia, ale o godzinie 9téj znów podskoczyła na 40°, w skutek czego zaleciłem 10 minutową kąpiel letnią, początkowo o 27° R., potém zniżoną na 23° R. i podałem znów 0·25 resorcynu. Przy tém leczeniu i pędzlowaniu gardła co 3 godziny roztworem resorcynu w koniaku (1:10), ciepłota w nocy obniżała się zwolna i tak o godzinie 3giéj w nocy wynosiła 38·6°, o 4téj 38·5, o 6téj z rana 5/12 38·4, o godzinie 8½ 38·0 o godzinie 10téj i 12téj 37·9, tętno zaś 132 potém 112—108. Po południu jednak znów ciepłota zaczęła się potęgować, a odpowiednio temu wypocina dyfterytyczna poczęła się szerzyć, choć nieznacznie, ku językowi od strony migdałka prawego, już z początku silniéj zajętego. To téż ciepłota o godzinie 2giéj wynosiła 38·0, o godzinie 3 i 4½ i o godzinie 7 wieczorem 38·4, a tętno 108. O godzinie 8méj wieczorem pojawił się lekki krwotok z lewego otworu nosowego. W nocy z 5 na 6 grudnia ciepłota była nieco tylko podwyższoną, albowiem o godzinie 9 i 10½ wynosiła 38·0, o godzinie 12téj w nocy, 2giéj i 8méj z rana 37·7, o godzinie 10 37·5, o godzinie 11téj w południe 37·8, tętno zaś 118 razy uderzało na minutę. W ciągu doby z 5/12 na 6/12 (tj. 3 doby chorobowéj) wypędzlowano 6 razy gardło, w nocy bowiem chora spała i lekko pociła się, nie pędzlowano zatém bardzo często i podano 4 razy po ¼ grm. resorcynu. Cała zatém doba pierwsza i druga choroby mimo dość energicznego zastósowania metody przeciwgorączkowéj upłynęła wśród objawów gorączkowych i ciepłoty dochodzącéj do 40°C. a dopiero w ciągu doby 3ciéj poczęła się zwolna obniżać. Po południu 6 grudnia znowu ciepłota poczęła się nieco podnosić wynosząc o godzinie 1½ i 3ciéj 38·0, o godzinie 5½ 37·9, o godzinie 8méj wieczorem 37·6. W nocy 6 na 7 grudnia cieplota, mimo podawania resorcynu, znów się podniosła, chociaż w ogóle tylko bardzo nieznacznie, wynosiła bowiem o godzinie 1½ po północy 38·2, o godzinie 7méj z rana 38·1, o godzinie 10téj 38·0, o godzinie 11½ już tylko 37·9, a o 2½ 37·8 tętno zaś 108 razy uderzało na minutę, wejrzenie dziecka i humor jego wcale zadowalające. Badanie gardła wykazało, że tylna ściana połyku jest wolna, ale migdałki są powleczone dość grubą błoną dyfterytyczną, a języczek z przodu jeszcze nie okazuje nalotu, ale jest już obrzękły i grubszy, nadto nosek jest zatkany, a ztąd oddech w nocy był charczący. Badanie moczu wykonywane dotąd codziennie nie wykazywało ani przy gotowaniu ani za dodaniem kwasu azotowego zgęszczonego żadnego śladu białka. Ponieważ w dniu 8 grudnia musiałem wyjechać na dzień cały, przeto pozostawiłem dziecko pod opieką Dra Nachta z Buczacza i pod względem terapeutycznym zostawilem następujące wskazówki: do płukania poleciłem co ¼ godziny wodę wapienną na pół z wodą przekroploną, co 3—4 godzin kazałem pędzlować gardło na przemian resorcynem z zawiesiną jodoformową; co 2 godzin poleciłem robić wdechiwania (głównie przez wciąganie w nos, ponieważ nos częściowo był zatkany) a do wdechiwań służyć miała woda wapienna na przemian z roztworem dwuwęglanu sodowego; oprócz tego poleciłem w odstępach 3—4 godzin przestrzykiwać otwory nosowe ciepłym roztworem wody wapiennéj. Pokój nakazałem przewietrzać i rozpylać w nim terpentynę w celu odświeżenia powietrza, w razie pojawienia się gorączki poleciłem podawać 0·25 *Chinini muratici* lub resorcynu. O godzinie 4½ wieczorem dnia 7 grudnia, tj. z początkiem już 5 doby, ciepłota 38·2 tętno 116, wieczorem o 7¾ 38·0, o północy 37·7, o godzinie 4 z rana 8/12 37·9 tętno 100, o godzinie 8 z rana 38·0, o godzinie 11 37·9, o godzinie 2½ po południu 38·0, o godzinie 5½ i 8¾ c. 38·1, nazajutrz 9/12 o godzinie 1 po północy 37·8 2 i 4¾ 37·6. Tak więc piąta doba choroby minęła wśród stanu nader lekko gorączkowego, oddechanie odbywało się przez usta, gdyż otwory nosowe były niedrożnemi, sen był przerywany, chora się krztusiła od czasu do czasu; badanie wykazało, że tylna ściana połyku jest wolna ale wypocina zajęła od przodu łuki podniebieniowe przodkowe i języczek okazał się obrzękłym, grubym i obwisłym, przez co drażnił korzeń języka, na lewém migdałku poczyna znikać wypocina, która się w płatkach oddziela. W dniu 9 grudnia ciepłota wynosiła o 9 z rana 37·6, o 12 37·7, o 3 po południu 37·9, o 6 37·8 tętno 104—108. Chora często się zrywa podczas snu chwilowego. Pędzlowania ciągle się od-

bywają co 3 godziny rozczynem resorcynu w spirytusie, potém zasypywanie proszkiem jodoformowym. Dnia 10 grudnia, a więc z końcem 6 doby, ciepłota doszła tylko zrana do 38·0, poczém opadła o godzinie 11 na 37·9 a o 3 i 6 popołudniu znów wynosiła 38·1, tętno zaś 96; mocz okazuje się nieco mętnym a przy gotowaniu okazuje się ślad białka.

Dnia 11 grudnia obudziła się nasza pacyjentka po śnie kilkugodzinnym z głosem nieco zachrypniętym, ale już gorączki nie okazywała, przynajmniéj w stopniu znaczniejszym, ciepłota albowiem wynosiła tylko 37·8, a tak tego dnia jak i w dniach następnych ciepłota stale się już obniżała na 37·4, a późniéj nawet na 37·2 i tylko w godzinach wieczornych o 5éj lub 6éj wynosiła 37·7 lub 37·8, tętno zaś uderzało 92 razy, a co najwyżéj 100. Ponieważ nosek ciągle jeszcze okazywał się zatkanym i dostrzeżono z niego nawet lekki wypływ surowiczo śluzowy, przeto przestrzykiwano go co 3 godziny przy każdorazowém pędzlowaniu gardła, a nadto od czasu do czasu wlewano w otwory nosowe w położeniu leżącém choréj łyżeczkami zimną wodę wapienną, co dziewczynka bardzo dobrze znosiła. Wypocina na migdałkach poczęła się oddzielać a i zbrzęknięcie języczka wraz z nalotem również poczęło ustępować. Ponieważ zaś w moczu ilość białka zaczęła się mocno zwiększać, przeto wobec nieznacznego tylko podwyższenia stopnia ciepłoty poleciłem przez 10 minut trwające kąpiele ciepłe o 30—31°R., poczém następowało zawijanie w kocyki; nadto po kąpieli otrzymywała chora mały kieliszek wina czerwonego Bordeaux wraz z *Chininum tannicum* (0·15). Pierwszą taką kąpiel otrzymała chora przed południem dnia 11 grudnia, drugą nazajutrz 12 grudnia, i tak codziennie aż do 15 grudnia. Prócz tego codziennie 3 razy dostawała po 0·15 *Chinini tannici* w kieliszku małym wina czerwonego Bordeaux. Po każdéj kąpieli pociła się chora 2—3 godzin. Terapija ta odniosła pożądany skutek, albowiem dość znaczna ilość białka okazująca się tak przez zagotowanie, przy którém mocz prawie cały krzepnął, jak i przez dodanie kwasu metafosforowego lub azotowego, malała z dniem każdym, tak że dnia 15go grudnia zaledwie nieznaczny tylko ślad białka pojawił się, który w dniach następnych zniknął zupełnie. Ilość moczu również zwiększała się stopniowo. Gardło i nosek również zwolna, stopniowo lecz ciągle się oczyszczały śród płukania, przestrzykiwania wodą wapienną, pędzlowania resorcynem w glicerynie i 10% rozczynem chlorku zynkowego, oraz wdechiwania pary wody Bilińskiéj, którą również chora potrosze popija zamiast wody zwykłéj. W południe 13go grudnia znikła już po większéj części wypocina po stronie lewéj, dnia 14go głos był zupełnie czystym, sen dobry, niecharczący, tylko chrząkanie kilkakrotne, gardło okazuje tylko na tylnych łukach cieniuchny pokład. Noc z 14 na 15 grudnia przeszła bardzo spokojnie, wypociny w gardle zaledwie ślad, który w dniach następnych zniknął zupełnie, humor po dawnemu dobry, osłabienie dość znaczne ale ustępujące przy posilném pożywieniu i winie czerwoném. Choroba zatém trwała od 3go do 15go grudnia, t. j. dni 13, białko pojawiło się w moczu z końcem 6éj doby chorobowéj, a ustąpiło po 7 dniach (w dniu 16/12) trwania białkomoczu. Dnia 23go grudnia zastałem już rekonwalescentkę zupełnie zdrową, w moczu ani śladu białka, błona śluzowa wyścielająca nos i połyk zupełnie prawidłowa, dawne siły wróciły niemal zupełnie, apetyt i humor zupełnie zadowalające. W pierwszych dniach stycznia, a więc w 3cim tygodniu po przebyciu dyfteryi, uskarżała się 7-letnia nasza pacyjentka, że nie może swobodnie czytać alfabetu, a równocześnie przy jedzeniu rosołu i popijaniu wody zakrztuszała się i pokarmy płynne wracały się przez nos. Jako następstwo zatém przebytéj dyfteryi pojawiło się porażenie mięśnia akomodacyjnego i podniebienia miękkiego, któreto cierpienie przy użyciu kąpieli żelezistych i dyjety posilnéj bez leczenia zresztą innego w ciągu 2—3 tygodni zupełnie ustąpiło. W przypadku niniejszym przeto mieliśmy do walczenia z błonicą wcale niełagodną, która wśród objawów znacznéj gorączki zajęła nader szybko wewnętrzną powierzchnię migdałków i łuków podniebieniowych oraz języczek, a nadto tylne otwory nosowe, a kiedy po tygodniu sprawa w gardle zaczęła się polepszać, wystąpił silny białkomocz, który przy użyciu leczenia napotnego, dyjety posilnéj i garbnikanu chinowego w ciągu tygodnia ustąpił, poczém znów w kilka tygodni wystąpiły objawy porażenne, jako dalsze następstwa dyfteryi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Niektóre spostrzeżenia nad wpływem ropy (surowca nafty) i jéj gazów na zdrowie górników.

Skreślił Dr. Karol Bielczyk,
lekarz w Gorlicach.

Spostrzeżenia o wpływie ropy (surowca nafty) na zdrowie pracujących przy niéj górników poprzedzę wzmianką o sposobie wydobywania takowéj.

Wiadomo, że na Podkarpaciu rozrzucone są tu i owdzie miejsca ropodajne, stanowiące niemałe bogactwo kraju naszego. Jałowe i prawie bezludne te okolice dziś są zaludnione przez górników pracujących w kopalniach ropy, która z produktów swych nietylko w przemyśle ale i w medycynie jest znaną (nafta, benzyna, ligroina, parafina, wazelina i wiele innych). Ropa podobnie jak smoła, asfalt i wosk ziemny jestto wytwór powstały z rozkładu i sublimacyi ciał zwierzęcych niższego rzędu. Znajdujemy ją tak w sylurycznéj, dewonicznéj jak i trzeciorzędnéj formacyi, w téj ostatniéj w okresie wytwarzania się węgla brunatnego. Jest ona płynną, koloru ciemno zielonkowatego lub ciemno-brunatnego, smaku słonawego z powodu, że zawsze prawie znajduje się zmięszana z wodą słoną, posmaku oleistego, zapachu bitumicznego, ciężaru gatunkowego od 0·75 do 0·95. Zaraz przy wydostaniu ze studni pieni się i wydziela części lotne, które jako gazy ropy poznamy.

Co do składu chemicznego jest czystą mięszaniną węglęków wodu. Średnio zawiera ona: C 85.00% H 15.00%, Węglęki wodu składu od CH_4 do C_3H_6, jak również niektóre C_nH_{2n}, ulatniają się przy zwykłéj ciepłocie jako gazy, inne, jak C_4H_{10} ulatniają się przy podwyższonéj ciepłocie, od C_5H_{12} zaś do $C_{18}H_{38}$ są płynnemi a od $C_{20}H_{42}$ ciałami stałemi (parafiny). Tym sposobem tworzą one całe grupy ciał od gazów aż do części stałych, których techniczne nazwy w handlu nie są jeszcze dotąd ustalone.

Wydobywanie ropy z ziemi odbywa się dwojakim sposobem. Albo wiercą studnie świdrami około 50 cm. szerokiem do głębokości nieraz u nas 280 metrów dochodzącéj i zapuszczają żelazne rury z boków dziurkowane dla dopływu nafty, albo kopią takowe. Kopane studnie, zwane szachtami, są kształtu kwadratowego, drzewem cembrowane i dochodzą do 230 metrów głębokości. Głębokość studni zależy od natrafienia na płyciéj lub głębiéj leżącą żyłę ropną. Przy wierceniu górnik nie spuszcza się do studni, przy kopaniu zaś przebijać musi kilofem każdy pokład ziemi, a gdy siła ramion za słaba do

rozbicia twardego pokładu, zakłada dynamit, rozsadza nim kamień i znów rękami uprząta wysyłając go w wiadrach na powierzchnię ziemi. Przy szachtach zakładają zaraz lutnie, tj. czworograniastą drewnianą rurę od góry aż na dwa metry po nad dno tychże sięgającą. Nad lutnią umieszczony jest młynek wtłaczający świeże powietrze do głębi, tym sposobem wypychający gazy otworem szachtu. Nim górnik spuszcza się w głębinę szachtu, oczyszczają takowy poprzednio przez młynkowanie z gazów tamże gromadzących się. Od gazów, pomijając wiele innych przypadkowych niebezpieczeństw, życie górnika najwięcéj jest zagrożoném. Nieraz najstaranniejsze odwietrzanie powietrza nie pomaga, gdyż gazy ustawicznie świeżo napływają lub nagle wybuchają szczelinami.

W studniach, czyto dawniéj, czy świeżo kopanych, nigdy nie znajduje się ten lub ów gaz samoistnie, lecz zawsze zmięszany z innemi w większéj lub mniejszéj ilości. Według rozbioru gazów w studniach ropnych dokonywanego kilka razy przeważnie w Pensylwanii, stale zdarza się gaz bagienny CH_4 średnio 76·00% i CO_2 od 0·30% do 10·00%, następnie etylen C_2H_4 średnio 8·00%, niestale zaś węgleki wodu świetlne z formułką C_nH_{2n}, CO, O i N. Na tę niestałą mięszaninę gazów naprowadzają nas już rozmaite objawy zatrucia gazami często u jednego i tego samego człowieka występujące.

Że jednak oprócz wymienionych gazów zdarzają się w studniach choć przypadkowo może jeszcze inne, jak np. gaz siarkowodowy, to o ile własna paroletnia praktyka w okolicach ropodajnych służy mi za podstawę, z kilku przypadków zatrucia gazami raz jeden ze sekcyi zwłok można było wnioskować, że nastąpiło zatrucie gazami z domieszką gazu siarkowodowego. W Męcinie wielkiéj do studni tylko 30 metrów głębokiéj, w któréj już od 3 miesięcy nie pracowano, po przewietrzeniu téjże wpuszczono doświadczonego górnika. Prawie w połowie drogi dał on sygnał, aby go napowrót wyciągnięto. Natychmiast wydobyto go na powierzchnię, ale już nieżywego. Sekcyja w trzy dni uskuteczniona z Drem N. okazała: Stężenie pośmiertne utrzymujące się jeszcze w dolnych częściach odnóg. Plamy pośmiertne szczególniéj na tyłogłowiu, w okolicy łopatek i pośladków mocno ciemno-czerwone, w obwodzie zielonkowate. Opony mózgu miernie nastrzykane. W zatokach nieznaczna ilość krwi płynnéj czarnéj. Mózg dość jędrny; na przekroju szara istota okazuje zabarwienie koloru zbliżonego do brudno-ołowiowego. Lewa komórka próżna, w prawéj nieco krwi płynnéj czarnéj. Tętnica płucna wypełniona krwią czarną, koloru atramentowego. Płuca miernie obrzękłe na powierzchni swéj prawie jednostajnie fijoletowo-czerwono zabarwione, wewnątrz ciemno czerwone, przy ucisku wydają krew czarną. Krtań i tchawica próżne. W innych organach żadnych wybitniejszych zmian. Na podstawie powyższych zmian orzekliśmy, że śmierć nastąpiła z powodu zatrucia gazami z domieszką gazu siarkowodowego.

Zajmujące są spostrzeżenia nad powolném działaniem tych gazów na ustrój. Niektórzy bledną przy pulsie prędkim, nikłym i prędko popadają w stan omdlenia, u drugich, co przeważnie się zdarza, twarz czerwienieje, prawie obrzęka, spojówki są przekrwione, żyły szyi wzdęte. Prawie wszyscy podają jako objawy podmiotowe: szum i dzwonienie w uszach przechodzące nieraz w tony lub głosy, czasem lekkie szczypania w kątach ócz, widzenie błysków i kół świetlnych, u niektórych zlewających się następnie w jeden ton czerwonego światła z wrażeniem, jakby cały szacht był w płomieniach. Tętnienie w skroniach coraz bardziéj występuje z uczuciem jakby kto silnie w głowę lub kark raz po raz uderzał tak, że odurzony w tym okresie często bezwładnie pada, omdlewa i traci przytomność. U odurzonych gazami występują nieraz omamy zmysłowe, na co w krótkości parę faktów przytoczę: Jeden górnik w kopalniach w Siarach pracujący, spuszczony do szachtu przeszło 40 metrów głębokiego, wyszedł z niego pod wpływem odurzenia gazami czepiając się cembrzyn. Inny nie dozwolił się wydobyć z szachtu, bronił się kilofem tak, że i drugiemu, który się spuścił po niego, groziło niebezpieczeństwo od gazów i od towarzysza. W szachcie znów 130 metrów głębokim zastano górnika, jak skrzętnie zbierał odłamy szarego łupku i chował je za koszulę. Wydobyty na powierzchnię zaczął uciekać. Przytrzymany przez towarzyszy bronił się twierdząc, że złoto znalezione na dnie szachtu do niego należy. Po przejściu odurzenia i przekonaniu się o wartości nazbieranych skarbów pocieszony zrobił minę, śmiech wzbudzającą u kolegów. Od jednego z inteligentniejszych górników słyszałem, że raz będąc sam w szachcie odurzony gazami, ustawicznie słyszał nawoływania po imieniu rozkazujące mu pozostać na dnie, i tylko pamięć na grożące mu niebezpieczeństwo oprzytomniła go, że nie posłuchał głosu.

Nieraz i przez dłuższy czas oddychanie gazami nie wpływa zabójczo na organizm ludzki, lecz zdaje się działać znieczulająco. Zależy to od składu i ilości gazów. Cieśla spuszczony w szacht do naprawy cembrzyn, po zakończeniu dziennéj pracy miał być z szachtu wydobyty. Gdy jednak nie dawał znaku życia o sobie, uważano go za uduszonego gazami. Z obecnych przy szachcie nikt się nie znalazł tyle odważnym, aby się spuścić po niego. Dopiero drugiego dnia po odwietrzeniu szachtu, znaleziono go tamże spokojnie śpiącego. Przebudzony nie pamiętał, jak długo spał i kiedy zasnął, jedynie żal mu było tak miłego snu prawie przez 16 godzin trwającego.

W szybach, w których gazy ustawicznie się wywięzują lub nagle wydobywają w znaczniejszéj ilości, grozi niebezpieczeństwo życia górnikowi również z powodu możebnego zapalenia się tychże, zwłaszcza gdy często przychodzi zakładać dynamit i podpalić lont od niego. Zapalone gazy jeżeli nie śmierć z poparzenia to nieraz paromiesięczne straszne cierpienia sprowadzają. Górnicy do kopalni ropy zaciągani bywają w młodym wieku, nawet od 17 roku, a są tacy, co po za rok 60 życia pracują. Pierwsi używani do robót na powierzchni szachtu, jak pompowania i ściągania ropy, doświadczeńsi zwolna przyzwyczajani bywają do zjeżdżania w szacht i oddechania powietrzem zmięszaném z gazami. Przy jednostajnym trybie życia górnicy rzadko jakim chorobom podlegają.

Z chorób skórnych oprócz *acne artificialis*, dość często występującéj przeważnie na odnogach, nie widziałem innych. Cierpienie to powstaje z powodu drażniącego działania ropy na skórze i ustępuje po usunięciu przyczyny, tj. już przy czystém utrzymywaniu ciała.

Z chorób ocznych rzadko i to tylko zapalenie spojówek obserwowałem, w którémto cierpieniu stan się pogarszał, gdy chory pracował przy ropie. Pogorszenie to najprawdopodobniéj powstawało z powodu przecierania ócz zbrudzonemi ziemią i ropą palcami.

Szczególniéj w zimowéj porze niektórzy pracujący w szachtach, gdy wyjdą na powierzchnię podlegają czasem przemijającemu przytępieniu słuchu i strzykaniu w uszach.

Choroby przewodu oddechowego, tak ostre jak i chroniczne, rzadko występują. Z prawie 300 badanych górników gruźlicę płuc tylko u dwu stwierdziłem i to przewłoczną. A przecież wielu z nich pochodziło, o ile z wywiadów wywnioskować można było, z rodziców gruźliczych. Z tych dwu, wieku lat 23 i 35, jeden z powodu wątłego zdrowia tylko do poszukiwania ropy był użytym, u drugiego objawy gruźlicze, jak krwioplucie, miały występować jeszcze przed zajęciem się górnictwem. Choć przeciwstawimy, że w okolicach tutejszych, które dostarczają prawie wszystkich górników, w okolicach leżących od 250 do 400 metrów ponad powierzchnią morza, istotnie procent temu cierpieniu podległych jest mniejszy niż na równinach, choć i odżywienie górników jest lepszém niżeli ludzi wiejskich zwykłą pracą zajętych, to przecież tak rzadko występująca gruźlica pomiędzy tymi ludźmi jest faktem bijącym w oczy i każe nam szukać przyczyny w odpowiedniém zajęciu się górników a to w oddziaływaniu ropy na organa oddechowe. Jeżeli rozwijanie się gruźlicy ze stanowiska teoryi szukać mamy w bakteryjach, to bardzo rzadkie przypadki téjże natrafiane u górników têm się wytłumaczyć dają, że ropa jako środek dezinfekcyjny i antybakteryjny, często wziewana, bez szkody na ustrój nie dozwala rozwijać się prątkowi gruźliczemu.

U starszych górników występuje rozedma płuc w miernym stopniu, lecz bez wszelkich ubocznych przypadów.

Choroby epidemiczne w samych kopalniach jako też u górników w nich pracujących istotnie rzadko występują, a w wioskach tuż obok leżących lub w zabudowaniach od kopalń oddalonych procent epidemicznym chorobom podległych jest mniéj lub więcéj równy innym miejscowościom, stosownie do wystąpienia i natężenia epidemii. W ostatnich latach choroby syfilityczne liczebną przewagę wzięły nad innemi.

Ropa wewnętrznie użyta w ilości 8—20 gramów sprawia odbijanie się, nudności i stałe przeczyszczenie. Zewnętrznie używałem jéj u biednych w obec pomniejszych ran tak świeżo powstałych jak i ropiejących. Rany świeżo powstałe goiły się zwykle bez ropienia, ropiejące i niektóre wrzody skórne oczyszczały się dość prędko z wytworem czystéj ziarniny.

W przewlekłym goścću stawowym ropa użyta w rodzaju okładów prysznicowskich, dwa razy na dobę zmienianych, u pięciu chorych zalecona bez użycia wszelkich innych środków, w trzech przypadkach działała znakomicie, bo w paru dniach prawie zupełnie ustąpiło cierpienie. Nie mogę podać szczegółów bliższéj obserwacyi nad skutecznością tego środka, gdyż pacyjenci bylito biedni wieśniacy, tylko przy sposobności zasięgający rady lekarskiéj, a nawet dla wywiedzenia się o stanie zdrowia trzeba było z własnéj chęci ich odwiedzić. Górnicy w podobnych cierpieniach sami sobie tym środkiem radzą.

Mówiąc o ropie wspomniałem, że świeżo wydobyta pieni się i wydziela zaraz części najlotniejsze w postaci gazów. Działania tych gazów zmięszanych z powietrzem atmosferycznem doświadczałem na sobie. Pochylony nad obszerną kadzią, do której ropę wprost pompowano, oddechałem po minucie a nieraz do pięciu minut. Zaraz wpierwszych chwilach wdech następował głęboki powolny z uczuciem nadzwyczajnéj lekkości w płucach i swobody w oddechaniu. Po parorazowych takich głębokich wdechach przychodził stan dawny, lecz zawsze z tą lekkością i swobodą w oddechaniu, która têm bardziéj jest niemożebną, gdy sami zwracamy uwagę na ten jeden własny objaw. Po dłuższém takiém wdechiwaniu tętno o kilka uderzeń na minutę stało się spieszniejszém, przytém uczuwałem szum w uszach, ćmienie w oczach i chwilami uczucie gorąca w twarzy. Czasem tylko następowało prędko przemijające osłabienie ogólne. Oprócz stałego objawu lekkości i swobody w oddechaniu inne objawy występowały jużto po krótszém jużto po dłuższém oddechaniu gazami, co najprawdopodobniéj polegało na mniejszém lub większém rozrzedzeniu gazów powietrzem atmosferycznêm.

Trudno lekarzowi praktykującemu na prowincyi robić jakiekolwiek doświadczenia, zwłaszcza nie tuż pod okiem własnêm, dla tego obecnie z powodu braku ściślejszych obserwacyj wstrzymuję się od podania wiadomości o skuteczności wdechiwania gazów ropy, zalecanych przezemnie w paru przypadkach chorób piersiowych połączonych z napadami astmatycznemi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Schuster: **Przyczynek do cystoskopii.**

W klinice prof. Dittla w Wiedniu używano w ostatnich miesiącach dla celów rozpoznawczych, w przypadkach nowotworów pęcherza i ciał obcych w tymże, mało jeszcze rozpowszechnionego elektrocystoskopu Nitze-Leitera. Rozpoznano za pomocą niego w kilku przypadkach moczenia krwawego nowotwory jako przyczynę tegoż, dosyć ściśle oznaczono wielkość, postać i usadowienie tychże, tak że autor czuje się uprawnionym przypuścić, iż sposób ten przy pewnéj wprawie lekarza jest najlepszym ze wszystkich dotąd znanych, wyjąwszy oglądanie bezpośrednie po dokonaniu *ad hoc* cięcia wysokiego pęcherza, że bardzo często jest on, jak się wyraża, najwyższą instancyją, do której apelujemy. Autor szczególną zwraca uwagę na dotychczas rzadko bardzo wykonywane endoskopowanie pęcherza w celu rozpoznania ciał obcych; wydarzają się przypadki, w których metody Thompsonowskiéj użyć nie można, sonda daje wynik ujemny, a endoskopija wykazuje ciało obce w pęcherzu: u 68-letniego mężczyzny zrobiono w klinice Dittla z powodu kamienia pęcherza i następowego krwotocznego zapalenia tegoż uretrotomiję zewnętrzną z cięciem bocznêm, wyjęto kawałkami kamień, gdy jednak potêm zapalenie pęcherza nie ustępowało w téj mierze, jakby się tego po wyjęciu kamienia spodziewać było można, należało podejrzywać, iż część przyczyny pierwotnéj musiała pozostać, badanie jednak sondą wydało wynik ujemny, bezpośrednie obmacanie zaś palcem pęcherza według Thompsona przez otwór zewnętrzny było uniemożliwione z powodu, iż gruczoł krokowy był mocno powiększony a wraz z têm krokowa część cewki tak wydłużona, iż końcem palca badającego nie można było dostać się poza tylny koniec téj części cewki, założono tedy wyż wymieniony cystoskop i spostrzeżono istotnie kamień nie znacznie tylko z uchyłka wystający.

Autor opierając się na swoich dotychczasowych spostrzeżeniach zachęca do endoskopii pęcherza w ogólności, w szczególności zaś do mało jeszcze rozpowszechnionéj elektro-endoskopii; „dyjagnostyka krwawego moczenia pozostawia jeszcze wiele do życzenia". (*Wiener med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 13). *Dr. Gross.*

Berger i Tyrman: **O próchnieniu i nekrozie kości klinowéj.**

Próchnienie i nekrozę kości klinowéj najczęściéj wy-

wołuje kiła, rzadziéj zołzy, a nadzwyczaj rzadko dają doń powód urazy (zabiegi chirurgiczne) i nowotwory w okolicy. Zazwyczaj zajęte bywają jednocześnie i inne kości a mianowicie szczęka górna, kość sitowa i podstawa kości potylicznéj. – Nie ma może drugiéj choroby, którąby przebiegała wśród tak różnorodnych objawów, jak próchnienie kości klinowéj. Styczność jéj z nerwem wzrokowym tłumaczy nam dostatecznie częste zaburzenia wzrokowe. Horner podaje, iż dziewczyna piętnastoletnia, która od kilku miesięcy cierpiała na ból głowy, nagle postradała wzrok na prawém oku. Jednocześnie wystąpiło wysadzenie gałki ocznéj po téj saméj stronie; ruchomość gałki była jednostajnie we wszystkich kierunkach upośledzoną; tarcza nerwu wzrokowego okazywała białawe plamy i lekkie obrzmienie. Powieki nie były obrzmiałe; ucisk na brzegi oczodołu nie był bolesny. We dwa miesiące po ociemnieniu chora umarła z powodu zapalenia opon mózgowych. Sekcyja wykazała: *Caries* podstawy kości klinowéj i sąsiednich kości, największemu zniszczeniu uległo otoczenie otworu dla nerwu wzrokowego prawego. Horner tłumaczy ślepotę w tym przypadku uciskiem wywartym na nerw wzrokowy. Wysadzenie gałki było następstwem obrzęku surowiczego tkanki pozagałkowéj oczodołu. Ten sam zbiór objawów: zapalenie tkanki pozagałkowéj, wysadzenie gałki i nagłą utratę wzroku, spostrzegał Panas w przebiegu *ostitis ossis sphenoidei*. Nerw wzrokowy okazywał szare zwyrodnienie, brak jednak badania drobnowidowego.

Nekroza skrzydła małego kości klinowéj dała w przypadku Posta również powód do wysadzenia gałki i ślepoty. Po wydobyciu kości martwéj gałka powróciła do prawidłowego ułożenia, oko pozostało jednak ślepém.

Bóle, wydarzające się w przebiegu próchnienia kości klinowéj, mogą przez iradyjacyję przenieść się na inny obszar zaopatrywany przez nerw troisty, mogą przeto lekarza łatwo w błąd wprowadzić.

I tak Ronge spostrzegł u kobiety z mową nosową po niejakimś czasie wysadzenie gałki ocznéj i zez na témże oku. Nieco później przystąpiła głuchota i ślepota po stronie lewéj. Jednocześnie istniały bóle zębów szczęki górnéj lewéj i te sprawiły, iż Runge, rozpoznając cierpienie jamy Highmora, wykonał resekcyję téjże. Chora wnet po tém umarła, a przy sekcyi w jamie Highmora nie znaleziono żadnych zmian, natomiast była jama kości klinowéj wypełniona ropą serowatą, pochodzącą z zapalenia ropnego okostnéj téj kości.

W przypadku Reinhardta, rakowca w lewéj górnéj szczęce u mężczyzny 51-letniego, wystąpiło porażenie nerwu twarzowego i niedowidzenie na oku lewém a do tego dołączyło się późniéj porażenie nerwu okoruchowego. Nowotwór zajął był w tym przypadku lewą kość podniebienną, lewą kość szczęki górnéj z wyjątkiem wyrostka nosowego, jarzmowego i płaszczyzny oczodołowéj, wreszcie całe skrzydła małe i części skrzydeł wielkich kości klinowéj. Wypróchnieniu uległo najmocniéj siodełko *(sella turcica)*, trzon kości klinowéj był zupełnie miękki. Nerw wzrokowy miał być prawidłowy, zdaje się jednak, iż drobnowidowego badania nie było.

Czy zaburzenia wzrokowe, które w przypadku Brauna wystąpiły u 53-letniego parobka, po obustronnéj całkowitéj resekcyi kości szczękowych z powodu mięsaka, tutaj należą, nie da się powiedzieć. Przy operacyi wyjęto oprócz szczęki górnéj kość nosową, lemiesz i część kości sitowéj. W trzy dni po operacyi chora użala się na zdwojone widzenie (zdwojone widzenie wydarza się nierzadko po wyłuszczeniu szczęki górnéj) i upośledzenie wzroku; prób wzrokowych nie dokonano. Chory umarł z powodu zapalenia opon mózgowych, sekcyja wykazała: ropienie w trzonie kości klinowéj i w podstawie kości potylicznéj, opona twarda w miejscu brakującéj zupełnie prawie warstwy sitowéj *(lamina cribrosa)* kości sitowéj była odsłoniętą, wreszcie znaczna ilość ropy w moście Varola. Już Desmarres zwrócił na to uwagę, iż w przebiegu spraw zapalnych w kościach zajmujących sam tył jamy oczodołowéj w największéj części przypadków należy się obawiać utraty wzroku.

W innych przypadkach postępuje zniszczenie trzonu kości klinowéj powoli, kawałkami bywa on wydalany, a następstwem tego może być odsłonięcie opony twardéj a nakoniec zapalenie opon. Zaburzeń wzrokowych może przytém zupełnie niedostawać. W jednym przypadku Baratouxa wypadł prawie cały trzon kości klinowéj nosem, a nie było przytém ani objawów podrażnienia opon, ani żadnych zaburzeń wzrokowych. Również brak był wszelkich objawów u chłopca skrofulicznego, u którego Stoerk znalazł przebicie zatoki kości klinowéj od strony jamy nosa.

Zupełnie odmienny obraz i zejście ostateczne przedstawia przypadek Scholza: U 21-letniego robotnika, cierpiącego na obłęd opilczy, rozwinęła się flegmona na prawéj połowie twarzy, a poczęła się w okolicy skroni; wystąpiły późniéj ropnie w okolicy skroni, przy dolnym brzegu oczodołu i na policzku, a po kilku dniach przebiła się ropa do jamy ust po za ostatnim górnym zębem trzonowym, towarzyszyły temu dreszcze, które kilka razy przez dzień się pojawiały. 11go dnia wystąpiły kurcze w odnogach i śpiączka, nazajutrz rano opadnięcie powieki górnéj po stronie lewéj. Wieczór tego samego dnia pojawił się silny krwotok z jamy ust i nosa, któremu chory uległ. Okazało się, iż przyczyną bezpośrednią śmierci był krwotok silny z prawéj zatoki jamistéj, komunikującéj w skutek przebicia z prawą jamą kości klinowéj, a daléj w skutek zniszczenia dolnéj ściany téj ostatniéj z jamą gardła. Sekcyja wykazała obok zapalenia opon wypróchnienie kości klinowéj, dolna ściana zatoki jamistéj w części zniszczona, zresztą ropą naciekła, tkanka łączna całéj prawéj połowy twarzy tak po nad jak i pod łukiem jarzmowym ropą naciekła i surowiczo obrzękła, przetoki ku górze i zewnątrz dosięgają wysokości krtani.

Znajdujemy wreszcie w literaturze opisane przypadki ropni pozapołykowych, w których obok wypróchnienia pierwszych kręgów znajdowała się ta sama sprawa w częściach podstawowych kości potylicznéj i klinowéj. W przypadkach Blacheya i Loyda powstał skutkiem próchnienia siodełka zakrzep w zatoce okalającéj siodełko i zatoce jamistéj obok zakrzepu w żyle ocznéj.

Z przypadków próchnienia i nekrozy kości klinowéj tu zebranych nie trudno ocenić, jak rozmaite mogą być objawy tego cierpienia i jak różne są obrazy jednéj i téj saméj choroby; przyczyną tego niewątpliwie jest, iż w rozmaitych przypadkach rozmaite części kości téj bywają sprawą chorobową zajęte; stosownie do położenia części chorobą zajętéj bywa rozmaite sąsiedztwo wciągane w sprawę. (*Wien. med. Blätter* 1886 Nr. 11). *Dr. Gross.*

Prof. E. Hofmann: **O powstawaniu żółtego siarczku arsenu w przewodzie pokarmowym w przypadkach otruć arszenikiem.**

Od dawna zwracano uwagę na możliwość powstawania żółtego siarczku arsenu w zwłokach osób otrutych arszenikiem a dokładne uwzględnienie tėj okoliczności ma z tego względu pewne znaczenie, że wykazanie siarczku arsenu w jelicie mogłoby mniėj doświadczonego naprowadzić na myśl, iż osobie żyjącėj podano siarczek arsenu, który jakkolwiek sam w wodzie nierozpuszczalny bywa prawie zawsze zanieczyszczony połączeniami arsenu w wodzie rozpuszczalnemi. Orfila, Lesueur, Devergie orzekali już od roku 1831, w przypadkach sądowych, że siarczek arsenu znaleziony w zwłokach utworzył się w samém jelicie a we wszystkich tych przypadkach znajdowano to połączenie dopiero w zwłokach ekshumowanych. Z wzmianek tych autorów można sądzić, iż oni przypuszczali, że połączenie to powstaje dopiero w skutek znaczniejszėj zgnilizny; Buchner twierdzi, że zmiana chemiczna ma miejsce wśród pierwszych tygodni po pochowaniu zwłok.

Prof. Hofmann widział przypadek otrucia arszenikiem, który dowodzi, że powstanie siarczku arsenu może mieć miejsce już wśród pierwszych dni po śmierci a może nawet jeszcze za życia otrutego. Przy sekcyi zwłok kobiety, zmarłėj w szpitalu wśród objawów otrucia, wykazano oprócz zmian w żołądku, w jelicie ślepém, wśród treści kałowėj słabo kwaśno oddziaływającėj, masy jasno-żółte, drobnoziarniste zalegające na błonie śluzowėj pokrytėj w tém miejscu wysepkami wielkości grochu również jasno-żółto zabarwionemi. Ziarnka białe znalezione w żołądku rozpoznano wśród prób chemicznych jako arszenik, tak więc rozpoznanie otrucia arszenikiem nie mogło ulegać wątpliwości.

Masy żółte zwilżone amonijakiem znikały, to też można było nabrać przekonania, że się ma przed sobą siarczek arsenu. Rozbiór chemiczny treści żołądka przedsięwzięty przez prof. Ludwiga nie wykazał ani śladu siarczku arsenu w żołądku a opisane żółte masy w jelicie, wykazywały wszystkie reakcyje siarczku arsenu. W obec tego nie może ulegać wątpliwości, że siarczek arsenu powstał w miejscu, gdzie go znaleziono.

Pierwszym, który tėj zmiany dochodził na drodze doświadczeń był Orfila. Podaje on, że proszek nader miałki *(impalpable)* arszeniku białego zamienia się pod wpływem suchego kwasu siarkowodowego w siarczek arsenu dopiero po upływie kilku godzin, gaz zaś wilgotny sprowadza tę zmianę o wiele prędzėj. Arszenik w grubych kawałkach zamienia się w siarczek tylko na powierzchni. Lerch sądzi, że trucizna musi się najprzód rozpuścić w treści żołądka lub jelita i dopiero w tym stanie zmianie ulega. Buchner przypuszcza tworzenie się siarczku arsenu już w żołądku i wnikanie tegoż w głębsze warstwy ścian żołądka. Widoczna tedy, że istnieją dwojakie zapatrywania na sposób powstawania siarczku arsenu, podczas gdy jedni przypuszczają, że zmiana ta może powstać, chociaż arszenik nie jest rozpuszczony, przypuszczają drudzy powstanie siarczku arsenu wprost z arszeniku białego nierozpuszczonego. Według doświadczeń przedsiębranych przez Hofmanna jest jedno i drugie możliwém, dopiero jednak w kiszce grubėj, którėj treść kwaśno oddziaływa, a w którėj kwas siarkowodowy bardzo często wykazać można. Niekiedy może nawet jeszcze za życia wytworzyć się siarczek arsenu w jelicie a przynajmniėj w przypadku obserwowanym przez H. nie można było wcale wykluczyć tėj możliwości.

W końcu rozprawy swojėj zastanawia się H. nad wpływem arsenu na szybkość gnicia zwłok, odwołując się do najnowszych badań w tym kierunku podjętych przez prof. Zaaijera. Sprawa ta stanowi temat obszernėj rozprawy, ogłoszonėj właśnie przez Z. w języku niemieckim, a ponieważ zasługuje ona na obszerniejsze omówienie podamy wyciąg z tėj pracy w jednym z najbliższych numerów Przeglądu. (*W. med. Woch.* 1884, Nr. 10, 11 i 12). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. W ostatnich czasach zaczęto z różnych stron podnosić zalety nasenne i uspakajające nowego leku Hypnonu. **Hypnon** czyli Fenyl-Metyl-Keton jestto ciecz eteryczna, łatwo tężejąca, woni przypominającėj hyjacynty lub jaśmin. Z hypnonem robili dotąd doświadczenia na zwierzętach Grasset (*Semaine méd.*, 1885, Nr. 50) i Dujardin-Beaumetz (*Bullet. Thérap.* Janv. 1886). Na podstawie tych doświadczeń zalecają (Mercle) hypnon do wstrzykiwań podskórnych w dawkach 5—15ctgrm. (Laborde uważa już 15ctmgr. za dawkę wywołującą zatrucie). Nowego tego leku doświadczał w ostatnich czasach prof. Hirt we Wrocławiu (*Breslauer ärztliche Ztg.*, 1886, Nr. 6). Po 0·05 podawał go podskórnie 1 choremu z rozedmą płuc, 2 suchotnikom, 3 chorym na schnięcie szpiku pacierzowego i wreszcie jednėj chorėj cierpiącėj na nerwice międzyżebrowe. Wszystkie te osoby do doświadczeń użyte uskarżały się na bezsenność skutkiem bólów nerwowych, duszności, bicia serca itd., po hypnonie nie było najmniejszego skutku, wynik był pod każdym względem ujemnym. Następnego dnia wieczór podał Hirt tym samym chorym podwójną dawkę, a więc po 0·10grm. hypnonu, ale i tym razem wynik był ujemnym. W dalszym ciągu próbował autor teraz hypnonu u 3ch spokojnych obłąkanych, u 2 chorych *c. Athetosi,* w jednym przypadku kurczu m. kapturowego, u chorych padaczkowych w stanie pobudzenia, ogółem w 22 przypadkach stosował hypnon 61 razy. Zaczynano od 0·15 hypnonu po godzinie zastrzykiwano dalsze 0·15, po pół godziny dodawano jeszcze 0·10, tak że na dawkę podzieloną na 2 godz. przypadało 0·40, t. j. 8 razy więcėj niż dotąd polecano. Jednak i tak duża dawka nie działała w żadnym kierunku i tutaj wynik doświadczenia był zupełnie ujemnym, tak pod względem znieczulającego jak i usypiającego działania. Hirt i Moebs robili dalėj doświadczenia na samych sobie, ani razu jednak nie uważali jakiegokolwiek wpływu hypnonu, czy to na krążenie, czy oddechanie, a tém mniėj na sferę czucia.

Ω. Dr. Saltet, docent higijeny w Amsterdamie, poddał dokładnemu badaniu grzyby jadalne i na podstawie dłuższych badań zastanawia się nad **znaczeniem grzybów jadalnych jako istot pożywnych**. Rozbiory chemiczne dokładnie w pracy przytoczone wykazują wysoki procent istot azotnych w składzie grzybów. Doświadczenia jednak wykonywane na ludziach wykazały, że ustrój ludzki jest w stanie przyswoić sobie z tego tylko minimalne ilości ciał azotnych i że własność przyswajania sobie N z każdym dniem użycia grzybów maleje. Grzybów zatém jadalnych, mimo ich wysokich odsetek azotu, nie można uważać za pokarm, któryby choć w części był w stanie zastąpić pożywienie mięsne. Niestety więc nie można na podstawie badań Salteta, zgodzić się ze zdaniem prof. A. Vogta z Berna, który twierdzi, że grzyby mogą stanowić ważną część składową pożywienia ubogiėj ludności, którėj brak innego pożywienia obfitującego w azot. Zdaniem Salteta grzybów nie można inaczėj uważać jak tylko za używkę, służącą do poprawienia smaku innych pokarmów azotnych. (*Chemiker Ztg.*, 1886, Nr. 8).

Ω. Dr. J. Gopadse wziął sobie za zadanie zbadać **wpływ mięsienia na przemianę ciał azotnych i przyswajanie sobie**

azotu z potraw. Autor badał w tym celu u czterech osób w równowadze przemiany ustalonych przez 21 dni wydzielanie i wprowadzanie N do ustroju. U wszystkich osób doświadczalnych mięsienie wywierało znakomity wpływ na zwiększenie łaknienia i w miarę tego w stosunku prostym zwiększające się znakomicie wydzielanie N z ustroju. Daléj zauważył autor, że mięsienie wywiera także wpływ na czas trwania trawienia żołądkowego, mianowicie, że pokarmy krótszy czas w żołądku pozostają. Ciepłota wewnętrzna ciała *(in recto)* obniżała się po mięsieniu o 0·1—0·5°C., podczas gdy ciepłota skóry wznosiła się o 0·4 do 3°C. Oddychanie głębsze i przyspieszone, tętno przy słabszém i krótkotrwałém mięsieniu, przyspieszone przy silniejszém mięsieniu zwolnione, lecz widocznie pełniejsze. Zmiany te utrzymywały się zwykle przez godzinę po mięsieniu. (*Wracz*, 1885, Nr. 43—45).

Ω. H. Paschkis badał cały szereg różnych ciał co do **wpływu ich na wydzielanie żółci.** Doświadczenia robiono na zwierzętach kuraryzowanych, którym zastrzykiwano podskórnie różne środki lecznicze i zakładano przetokę żółciową. Następnie obliczano ilość wydzieloną żółci w czasie jednakowym. Doświadczenie robiono z chlorkiem sodu, z cukrem gronowym, z aloiną, z kwasem katartinowym, z podofyliną, podofylotoksyną, kolocyntyną, pilokarpinem, olejem krotniowym, kwasem cholalowym, taurocholowym, tauryną, glykokolem i eterycznym olejkiem terpentynowym. NaCl, jakotéż cukier gronowy w rozczynie wodnym nie wywierał żadnego wpływu. Z ciał w drugim rzędzie wyliczonych tylko olejek krotniowy wpływał przemijająco i to w niskim stopniu na zwiększenie się wydzielania żółci. Z trzeciego rzędu najwybitniejszy wpływ miały kwasy żółciowe i wszystkie wyż wyliczone składniki żółci. Po zastrzyknięciu czyto cholanu, czy glykocholanu, czy téż taurocholanu sodowego do żyły szyjnéj zwykle natychmiast, rzadko dopiero po 10 minutach, zwiększa się nieledwie w dwójnasób wydzielanie żółci, a jeżeli przedtém było z jakiejkolwiek przyczyny powstrzymane, natychmiast występuje. Glykokol i tauryna bezporównania słabiéj działają niż kwasy. (*D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 8).

Ω. Dr. Trebut otrzymał z rośliny **Whitania somnifera** rosnącéj na wybrzeżach Morza śródziemnego **alkaloid**, który nazwał **Somniferinem.** Siarkan tego alkaloidu ma posiadać w wysokim stopniu własności nasenne i kojące. Źrenicy nie ma rozszerzać. (*The Lancet*, 1886, 6/3)

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 7 kwietnia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 21.

1. Kol. Gluziński odczytuje poszczególne wnioski komisyi przemysłowéj, po których jednomyślném przyjęciu uchwalono sprawozdanie komisyi wybranéj do roztrząsania wniosków koll. Gluzińskiego i Korczyńskiego ogłosić w nadzwyczajnym dodatku do Przegl. Lek.

2. Przewodniczący podnosi uchwałę zapadłą w komitecie co do uroczystości zawieszenia i odsłonięcia portretu śp. prof. Kozubowskiego, następującéj osnowy: Do czasu ukończenia i otwarcia budującego się gmachu uniwersytetu portret tymczasem ma być umieszczony w sali posiedzeń Wydziału lekarskiego. Ze względu jednak na szczupłość miejsca zawieszeniu portretu nie może towarzyszyć akt uroczysty publiczny. To téż komitet podaje pod rozwagę Tow., czy nie wypadałoby dla większéj powagi odbyć ten akt w granicach szczuplejszych w ten sposób, aby przy odsłonięciu raczyli się znajdować zaproszeni: Prezes Akademii Umiejętności, Rektor z Wydziałem lek., Członkowie Tow. lek. oraz przedstawiciele młodzieży Wydziału lek. Program obchodu przyjęto, oznaczając czas takowego na pierwszą połowę maja rb.

Dr. Dobruchowski.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I. dnia 15 marca 1886.

Przewodniczący Dr. Wł. Ściborowski. Członków obecnych 13.

1) Przewodniczący zawiadamia, iż w październiku r. z. zgłosił się do komisyi balneologicznéj p. Zubrzycki właściciel Rabki, prosząc aby komisyja wydała swe zdanie, czy woda rabczańska zawiera dostateczną ilość chlorku sodu, a zatém czy jest solanką do celów leczniczych się kwalifikującą. Poświadczenie to było p. Z. potrzebném w skutek wezwania c. k. Starostwa w Myślenicach, które między innemi żądaniami wezwało o wykazanie, że woda rabczańska ze zdroju Kazimierza zawiera dostateczną ilość, co najmniéj 2% chlorku sodu. Przewodniczący komisyi przesłał odpowiedź wykazującą, że: woda rabczańska z 4 zdrojów zawiera w 1000 częściach w zdr. Rafaeli 24,6 składników stałych (22,9 chlorku sodu) w zdr. Krakusa 24,6 skł. stałych (22,9 chl. sodu) w zdr. Maryi 24,4 skł. stałych (11·6 chlorku sodu), w zdroju Kazimierza 13,0 skł. stałych (12,0 chl. sodu). Trzy pierwsze zatém zawierają do 2,3% chlorku sodu, zdrój Kazimierza wprawdzie tylko 1,15% ale ma nadto znaczną ilość jodu, a jeszcze większą bromu, zatém wszystkie cztery należą do silnych wód słonych jodobromowych. Odpowiedź ta została przesłana c. k. Namiestnictwu we Lwowie.

2) Przewodniczący kończąc drugie trzechlecie sprawowania przez się urzędu prezesa komisyi przedstawia obecny stan komisyi oraz zobojętnienie dla niéj nie tylko ze strony zarządów zdrojowych i lekarzy zdrojowych, których życzeniom komisyja z największą gotowością zawsze zadość czyniła, ale i ze strony członków saméj komisyi, którzy z małym tylko wyjątkiem nie biorą żadnego udziału nie tylko czynnego ale i biernego w jéj sprawach. Zdaniem przewodniczącego komisyja może się rozwijać tylko pod przewodnictwem profesora kliniki lekarskiéj, trzymającego w swém ręku berło praktyki konsultacyjnéj, na którego poparciu tak lekarzom zdrojowym jak i zarządom zakładów zdrojowych wiele zależy. Przewodniczący pragnąc rozwoju i odrodzenia się komisyi składa jéj przewodnictwo upraszając kolegów, aby ster komisyi w ręce prof. Korczyńskiego złożyć zechcieli. Prof. Korczyński odpowiada, że w obec rozlicznych swych zajęć w żaden sposób przyjąćby przewodnictwa nie mógł, a dla ożywienia czynności komisyi wnosi pewne reformy w jéj urządzeniu. Po dyskusyi, w któréj prócz prof. Korczyńskiego brali udział Dr. Warschauer, Dr. Mars i przewodniczący, przyjęto następujące wnioski, które Tow. lekarskiemu zostaną przedstawionemi do zatwierdzenia.

1. Wybranym zostanie zarząd złożony z 5 członków (prezesa, wiceprezesa, bibliotekarza, sekretarza i jeszcze jednego członka zarządu). Zarząd ten samodzielnie załatwiać będzie wszelkie sprawy dotyczące zdrojowisk i w ogóle wszystko co do zakresu balneologii odnosić się może, w miarę potrzeby i uznania zapraszając do szczegółowych spraw jednego lub kilku członków komisyi. Zarząd corocznie jak dotychczas będzie składał sprawę z swych czynności przed Towarzystwem lekarskiém krakowskiém.

2. Raz na rok odbędzie się posiedzenie ogólne sprawozdawcze, na które zaproszonymi zostaną wszyscy członkowie komisyi; prócz tego w razie zgłoszenia się którego z członków z odczytem lub potrzeby załatwienia spraw ważniejszych, które zarząd uzna za wymagające zwołania posiedzenia ogólnego, takowe przez prezesa komisyi ogłoszoném zostanie.

3. Zarząd roześle okólnik do wszystkich członków czynnych Tow. lekarsk. tak tych, którzy należeli dotychczas do komisyi balneologicznéj jak i tych, którzy nie należeli, niemniéj do wszystkich dotychczasowych członków nadzwyczajnych komisyi z zapytaniem, czy życzą sobie nadal brać udział w pracach komisyi.

4. Zarząd tak jak dotychczas będzie utrzymywał biblijotekę, muzeum i archiwum komisyi i starał się o powiększenie i wspieranie tychże. Prezes i wiceprezes prowadzić będą ogólny zarząd spraw komisyi, opieka nad biblijoteką i muzeum należy do biblijotekarza, nad archiwum do sekretarza, który prace piśmienne załatwiać będzie, piąty członek zarządu bierze udział w wszelkich sprawach łącznie z innymi członkami zarządu.

3) Przystąpiono do wyboru zarządu na następne 3 lata. Wybranymi zostali: prezesem Dr. Ściborowski, wiceprezesem prof. Olszewski, biblijotekarzem Dr. Skórczewski, członkiem zarządu prof. Korczyński, sekretarzem Dr. Surzycki.

4) Prof. Olszewski podał wiadomość o oznaczeniu ilości

żelaza w wodzie żegestowskiéj, wlewanéj do flaszek nowym sposobem, oraz porównał wodę w ten sposób nalewaną z innemi wodami żelezistemi. Napełnianie wody żegestowskiéj do flaszek odbywa się od kilku lat za pomocą metody tak zw. igiełkowéj, która zabezpiecza wodę lepiéj od wydzielania się z niéj żelaza, niżli metoda Hechta używana w Krynicy, jak to prof. O. wykazał w swéj pracy zamieszczonéj w Przegl. Lekarskim w r. 1881. Właściciel Żegestowa starał się obecnie ulepszyć tę metodę w ten sposób, że sprowadza wodę wprost ze źródła za pomocą odpowiednich rurek do flaszek ustawionych niżéj od powierzchni wody. Ponieważ przez to urządzenie czerpanie wody staje się zbytecznem, źródło może być szczelnie nakryte i przystęp powietrza odcięty, który, jak wiadomo, jest główną przyczyną wydzielania się żelaza z wody mineralnéj. Oznaczenie węglanu żelazawego znajdującego się w rozczynie w 11 flaszkach badanych w różnych odstępach czasu napełnionych ulepszoną metodą, dało następujące wypadki obliczone na 1000 cz. wody.

Nr. flaszki	1.	2.	3.	4.	5.	6.
F_eOCO_2	0,007	0,013	0,005	0,004	0,008	0,011
Nr. flaszki	7.	8.	9.	10.	11.	
F_eOCO_2	0,002	0,011	0,013	0,009	0,014	

Całkowita ilość żelaza obliczona na węglan żelazawy wynosiła na 1000 części wody 0,0288. Dwie flaszki wody franzensbadzkiéj napełnione metodą Hechta badane w celu porównania zawierały tylko 0,003 cz. węglanu żelazawego na 1000 cz. wody.

5) Dr. Trochanowski podał wynik rozbioru chemicznego wody ze zdroju Heleny w Iwoniczu, należącéj do lekkich wód słonożelezistych. Skład w 1000 cz. wody jest następujący:

Chlorku sodu	4,63019
Jodku sodu	0,00257
Bromku sodu	0.01169
Węglanu sodowego	1,03885
Węglanu wapniowego	0,21592
Węglanu magnowego	0,36896
Węglanu żelazawego	0,01934
Siarkanu wapniowego	0,00705
Kwasu krzemowego	0 01940
Składników stałych przez zespolenie	6,01397
Składników stałych przez odparowanie	6,08977
Ciał organicznych	0,07580
Kwasu węglowego w połączeniach	1,13868

Ciężar gatunkowy wody 1,00518 a ciepłota wody 9,5° C.

6) Dr. Trochanowski podał skład chemiczny soli iwonickiéj oraz porównanie téjże z solą rabczańską.

Chlorku potasu	1,02351	0,6448
Chlorku sodu	78,55876	91,5922
Jodku sodu	0,05729	0,0528
Bromku sodu	0,13511	0,1404
Węglanu sodowego	16,54845	1,1809
Węglanu litowego	0,23906	0,6347
Węglanu borowego	0,10945	0,0132
Węglanu strontowego	0,07391	0,3296
Węglanu wapniowego	1,36044	1,1130
Węglanu magnowego	0,26406	1,2259
Siarkanu borowego	0,06515	
Tlenku żelazawego	0,03597	0,1641
Tlenku glinowego	0,01128	
Kwasu krzemowego	0,18054	04001
Węglanu manganezowego	mały ślad	0,0436
Boranu sodowego	znaczny ślad	1,5619
Ciał organicznych	0,93704	0,8071

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. J. Surzycki sekretarz.

VI. Uroczystość odsłonięcia portretu śp. prof. Kozubowskiego.

Odpowiednio do uchwały Towarzystwa lek. krak. odbyła się d. 9 maja o godzinie 12téj w południe uroczyste odsłonięcie portretu zasłużonego profesora według programu, ułożonego przez Komisyję *ad hoc* przez Towarzystwo wybraną, a złożoną z koll.: Zarewicza, Murdzieńskiego i Dobruchowskiego. W sali posiedzeń Wydziału lek. w *Collegium physicum*, pięknie przystrojonéj, zajęli, wprowadzeni przez członków Komisyi, miejsca Prezes Akademii Umiejętności, Rektor Uniw. Jagiell., członkowie Wydziału lekarskiego, brat nieboszczyka, członkowie Tow. lekarskiego i uczniowie medycyny. Uroczystość zagaił Rektor U. J. Łepkowski następującemi słowy:

Z wielką przyjemnością przychodzi mi zagaić dzisiejszą uroczystość, bo piękne uczucie wdzięczności jest jéj powodem. Mawiano: Powiedz mi kogo czcisz, a powiem ci kto sam jesteś. Czcią dla zacnego daje się zarazem świadectwo o sobie samym. Dobrą zaiste zostawił sławę śp. Kozubowski, zarówno jako profesor, jakotéż jako człowiek, gdy uczniowie i koledzy po latach wielu, odkąd z pośród nas ustąpił, serdecznie czczą jego pamięć. Żył dla ojczyzny i nauki, a jaśniał miłością, więc i przykład dobry i wdzięczne uczucie po nim zostały. Otwierając posiedzenie Szan. Panów dziękuję Wam zarazem za miłą chwilę, jaką nam sprawiacie.

Poczém zabrał głos prezes Tow. lek. prof. Rosner:

Z inicyjatywy byłych uczniów śp. profesora Kozubowskiego Towarzystwo lekarskie krakowskie postanowiło uczcić pamięć tego męża portretem. Jest wprawdzie obowiązkiem każdego społeczeństwa, oddawać cześć zasługom, pokładanym w imię dobra publicznego, ale do obowiązku tego poczuwa się społeczeństwo zdrowe i zacne; to téż myśl uczczenia zasług śp. prof. Kozubowskiego przyjęto powszechnie z niekłamaną radością a na hasło dane przez Towarzystwo lekarskie popłynęły hojne datki odbyłych uczniów nieboszczyka rozproszonych po całym niemal obszarze dawnéj Polski.

Towarzystwo lekarskie poruczyło przeprowadzenie swojéj w téj mierze uchwały Komitetowi złożonemu z kolegów Dra Grabowskiego, Dra Jordana i Dra Wiszniewskiego, który się chlubnie wywiązał z swojego zadania, a któremu za jego trudy niech mi wolno będzie złożyć imieniem Towarzystwa lekarskiego serdeczne podziękowanie.

Nie mając własnéj sali, ażeby przechować ten portret, Towarzystwo lekarskie ofiarowało go świetnemu Wydziałowi lekarskiemu z prośbą o umieszczenie go w jednéj z sal uniwersyteckich.

Wydział lekarski, który był najbliższym świadkiem pracy nieboszczyka, téj pracy cichéj, sumiennéj, nie szukającéj rozgłosu a mimo to tak pożytecznéj, chociaż przedsiębranéj w warunkach najtrudniejszych, przyjął z wdzięcznością ten dar i uchwalił umieścić go w téj to sali swoich posiedzeń i obrad, która dziwnym trafem była poprzednio widownią działalności śp. prof. Kozubowskiego.

Tym sposobem spełniło się gorące życzenie uczniów nieboszczyka, życzenie Towarzystwa lekarskiego a jak sądzę i świetnego Wydziału lekarskiego, który w swoim gronie liczy kilku jego uczniów a nierównie więcéj dawnych kolegów szczerych wielbicieli i przyjaciół. Oddaję tedy ten obraz (który proszę odsłonić) świetnemu Wydziałowi lekarskiemu a w szczególności do rąk Twoich, czcigodny Panie Dziekanie i proszę Imieniem Towarzystwa lekarskiego o opiekę dla niego, żeby go można przekazać potomności na dowód, że wiernie przechowujemy pamięć zacnego człowieka, dobrego obywatela kraju, sumiennego i zasłużonego Profesora!

Na przemowę tę odpowiedział dziekan Wydziału lek. prof. Blumenstok w następujących słowach:

Imieniem Wydziału lekarskiego składam w ręce Twoje, szanowny Panie Prezesie, serdeczne podziękowanie dla To-

warzystwa lekarskiego krak. za dar tak drogocenny; pomieszczony tymczasowo w téj sali skromnéj, niezadługo znajdzie godne dla siebie miejsce w nowym a wspaniałym gmachu uniwersyteckim. Tak tu jako i tam wizerunek śp. prof. Kozubowskiego, otoczony czcią i opieką starszych i młodszych, będzie dla jednych miłém przypomnieniem czasów, spędzonych obok niego lub pod nim, dla drugich zachętą do równie pożytecznego służenia dobréj sprawie.

W obec starszyzny naszéj i rówieśników moich niema zaiste potrzeby podniesienia zasług śp. Kozubowskiego; ale nie od rzeczy będzie, jeżeli reprezentantom pokolenia młodszego wytłumaczę, zkąd pochodzi ta wielka cześć, któréj nikt z nas nie odmawia pamięci prof. Kozubowskiego. Wam, młodzi przyjaciele, cześć ta może wydawać się przesadzoną, albowiem w szczęśliwszych żyjąc czasach z innego zapatrujecie się stanowiska na działalność starszych i inaczéj oceniacie ich zasługi. Od profesora uniwersytetu wymaga się obecnie, aby nietylko uczył się ciągle i nauczał gorliwie, ale nadto, aby pracował samodzielnie i pracami swojemi przyczynił się do postępu nauki, którą reprezentuje. Szczęśliwy, kto podoła obydwom tym ważnym zadaniom; ale wiadomo także, że możność podołania im zawisła od szczególnych własności i darów, które niekoniecznie idą w parze ze sobą. Wszakże i teraz nie odmawiamy uznania profesorom, którzy choć jednemu z tych zadań czynią zadość w sposób znakomity; têm mniéj dziwić się należy, że dawniéj, gdy ruch piśmienniczy nie był tak żywym, a w wielu uniwersytetach wprost środków naukowych niedostawało, uchodzić mógł za znakomitego profesora ten, który nie goniąc za innemi zaszczytami, częstokroć marnemi a dla zawodu naukowego wprost zabójczemi, zamknął się w tym zawodzie, *totus in illo*, pracował w nim gorliwie i bezustannie, dniem i nocą, można powiedzieć bez przesady, w pocie czoła, z nadludzką cierpliwością i bezinteresownie, każdéj chwili dla ucznia przystępny i szczęśliwy, gdy mógł doradzać i pomagać nieporadnemu i pomocy potrzebującemu, a nadomiar tego wszystkiego śród warunków niepomyślnych, dziś dla nas niepojętych, mógł stworzyć piękne muzeum! Już sam fakt, że w sporządzeniu tego wizerunku początkowali lekarze praktyczni, byli uczniowie nieboszczyka, że z najdalszych kresów w krótkim czasie wpłynęły datki, już fakt ten dowodzi, że wdzięczni to uczniowie uczcili pamięć nauczyciela, a uznanie to dobrowolne dla nauczyciela od lat kilku już nieżyjącego przecież kłamanêm być nie może!

Ale jest i inna jeszcze przyczyna, dla któréj pamięć Kozubowskiego pozostanie drogą wszystkim, którzy razem z nim przebyli jeden z najsmutniejszych okresów w historyi naszéj wszechnicy. Rzuciliśmy zasłonę na ów smutny epizod, ale godzi się podnieść ją na chwilę przy sposobności odsłonięcia portretu tego męża, który w nim ważną odegrał rolę.

Gdy przed laty 30 zapisałem się na Wydział nasz lekarski, zastałem wykłady niemieckie, a przynajmniéj wykłady miały być niemieckiemi. Były one atoli niemieckiemi tylko dla tych kolegów, a tych była znaczna większość, którzy po niemiecku wcale nie umieli; dla małéj zaś garstki, władającéj tym językiem, przedstawiały się całkiem inaczéj. Podczas bowiem, gdy pierwsi w swéj niewinności mniemali, że profesorowie przemawiają do nich językiem Goethego i Schillera, ostatni byli przekonani, że Rząd ówczesny, mający szczery zamiar germanizowania, w wyborze osób był nader niefortunnym. Do rzadkich wyjątków należeli profesorowie, poprawnie po niemiecku wykładający; większość stanowili albo Polacy, którzy potrzebą zmuszeni podjęli się wykładać po niemiecku, którzy jednak do końca życia z artykułem: *der. die, das* oswoić się i uporać nie mogli, albo Niemcy wprawdzie, którzy jednak mówili dyjalektem dla Polaka niezrozumiałym; wreszcie, jakby na uwieńczenie znakomitego dzieła, zesłano nam na profesora fizyjologii poczciwego Włocha, który na wstępie swoich wykładów przed nami, których miał germanizować, tłumaczył się, że nie umie po niemiecku, a licząc na naszą wyrozumiałość od czasu do czasu posługiwać się będzie językiem francuskim! Przyznacie Panowie, że to był system nie germanizowania, lecz ogłupiania; to téż pokazało się, że pod tymi przewodnikami nikt po niemiecku nie nauczył się, a żeśmy wszyscy rozumu nie postradali, było to zasługą innych czynników. Jak sieroty, odepchnięte od ojczyma, tulą się do łona kochającéj matki, tak młodzież ówczesna garnęła się pod skrzydła opiekuńcze dwóch profesorów, którzy zepchnięci na drugi plan, dziwnêm zrządzeniem losu dla nas nabyli znaczenia pierwszorzędnego. Profesorowie fizyjologii i anatomii, którzy nie podjęli się wykładania po niemiecku, otrzymali następców na katedry swoje, a im samym pozwolono tylko wykładać przedmioty nadobowiązkowe. Z tego pozwolenia nie omieszkali korzystać w sposób znakomity. Pierwszy ogłosił wykłady antropologiczne, — a największa sala tego gmachu nie mogła pomieścić ogromnéj liczby uczniów ze wszystkich wydziałów, ba nawet osób poważnych z poza uniwersytetu, którzy pielgrzymowali, aby słyszeć żywe, a tak piękne słowo polskie złotoustego profesora, najświetniejszego z dawnego zastępu, a powołanego, aby utrzymać tradycyję wszechnicy i ustanowić „przymierze między dawnemi a młodszemi laty“. Łaskawe Nieba zachowały nam dotąd Męża tego w pełni świeżości umysłu i dozwoliły Mu doczekać się uznania ze strony Monarchy i Ojczyzny. Przebacz, czcigodny nasz Profesorze, że gwałcąc prawo gościnności, wzmianką tą ubliżam Twéj skromności; ale w chwili téj dla nas uroczystéj niepodobna mi przemilczeć, że w Tobie i śp. Kozubowskim pokolenie ówczesne znalazło pokrzepienie dla upadającego ducha i otuchę do wytrwania na drodze ciernistéj. Skromniejszym był zakres działania prof. Kozubowskiego. Wyzuty z zakładu i pracowni wykładał nam zrazu anatomiję porównawczą, później poszczególne działy anatomii topograficznéj, w których to przedmiotach był mistrzem, a pozostałe po nim muzeum anatomii porównawczéj świadczy, co można zdziałać bez zakładu, bez asystenta, bez pomocy znikąd! Świetne wykłady obydwóch profesorów były cichym, ale żywym i wymownym protestem przeciw odsądzeniu od wykładów publicznych mowy, która pięknością i bogactwem żadnéj na świecie nie ustępuje, a jeżeli jeden z nowszych pisarzy francuskich powiada, że naród, który, popadłszy w niewolę, szanuje i pielęgnuje język swój, że naród ten dzierży w ręku klucz od więzienia swego, to obaj ci profesorowie bez ostentacyi prawdę tę wszczepiali w umysły pokolenia, któremu się zdawało, że nierychło nastąpi lepsza dola. Prędzéj jednak, aniżeli się spodziewano, łaska Monarchy otworzyła nam wrota więzienne, przywracając wykłady polskie; a dzięki owemu kluczowi my, którzy wyszliśmy z gimnazyjów niemieckich i z uniwersytetu zniemczałego, byliśmy w stanie zdawać egzaminy ściśle w mowie ojczystéj, i to poprawnéj, obcemi naleciałościami nie skażonéj. Ocknęliśmy się tylko jakby ze snu przykrego, przetarliśmy sobie oczy, *guarda e passa!* i przystąpiliśmy odrazu do nawiązania zerwanego łańcucha tradycyi. Komu więc drogą jest perła Piastów i Jagiellonów, komu świętém

jest jedyne dobro narodu, którego przodkowie nasi zaprzepaścić nie mogli, ten nie odmówi uznania i wdzięczności jednemu z tych skromnych pracowników na niwie ojczystéj, Mężowi dobrze zasłużonemu koło uniwersytetu i kraju, Mężowi, któremu dziś ten skromny hołd składamy. W Tobie zaś, kochana młodzieży akademicka, do któréj przyszłość należy, pokładam nadzieję, że pamięć Jego przechowasz i dalszym przekażesz pokoleniom! (Dok. nast.).

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Wścieklizna**. D. 24 kwietnia umarła w szpitalu św. Antoniego we Włocławku włościanka z gub. Włodzimierskiéj wracająca z Paryża po odbyciu kuracyi u Pasteura. Byłato jedna z 8 osób pokąsanych d. 25 marca r. b. przez wilka: pokąsani przybyli do Paryża 13 dnia po obrażeniu, z nich jedna osoba umarła poprzednio w Paryżu; z 18 zaś osób z gub. Smoleńskiéj, również przez wilka pokąsanych, zmarły w Paryżu 3 osoby. (*Medycyna*).

○ *Echo Veterinaire Belge* podaje wiadomość o zatruciu niezdrową cielęciną znaczniejszéj liczby ludzi. 5 miesięczne ciele od 2 miesięcy już chore zabito bez poprzedniego zbadania i mięso sprzedano. 10 osób spożywało to mięso pieczone, 13 gotowane; pierwsze wszystkie ciężko zachorowały, jedna umarła. Te osoby, które jadły mięso gotowane po poprzedniem 24 godzinném moczeniu w occie, uległy jedynie lekkiemu rozwolnieniu. U osoby zmarłéj w skutek zatrucia były objawy duru równie jak u drugiéj która ciężko chorowała. Lżej chorzy cierpieli przez 2 dni na ból głowy, gwałtowne rozwolnienie, kolki i nader bolesne moczenie, mocz był czarny jak atrament. (*Gesundheit* 1886 Nr. 1).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25 kwietnia do 1 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 49,2. Z ospy umarło 4 (0 z. t.): z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru plamistego 2 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z suchôt płucnych 10 (9 z. t.); z zapalenia płuc 14 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 duru brzusznego, 4 duru osutkowego. W tygodniu od 19—24 kwietnia umarło z ospy: w Warszawie 6, w Pradze 3, w Budapeszcie 18. w Wiedniu 2, w Rzymie 10, w Zurychu 4, w Paryżu 5. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Odesie po 1, w Budapeszcie 8. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 6. Z cholery umarło w Wenecyi 10. Z duru brzusznego umarło: w Petersburgu 33, w Paryżu 11. Z odry umarło: w Pradze 12, w Wiedniu 12, w Budapeszcie 11, w Rzymie 18, w Paryżu 29, w Petersburgu 57. Z płonicy umarło: w Paryżu 16, w Petersburgu 18 Z błonicy umarło w Warszawie 9, w Budapeszcie 10, w Wiedniu 15, w Berlinie 37, w Mnichowie 8, w Paryżu 37, w Petersburgu 14. Z krztuśca umarło: w Paryżu 18, w Londynie 92.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,5; w Brodach 17,8; w Drohobyczu 55,0; w Kołomyi 32,6: w Przemyślu 42,0; w Stanisławowie 58,6; w Tarnopolu 33,1; w Tarnowie 28,6; w Czerniowcach 28,6; w Warszawie 32,2; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 33,1; w Salcburgu 25,5; w Gracu 38,6; w Tryjeście 39,1; w Insbruku 23,7; w Pradze 44,9; w Bernie 52,4; w Ołomuńcu 40,9; w Opawie 42,8; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Bazylei 17,5; w Brukseli 34,5; w Chrystyjanii 15 5; w Genewie 26,0; w Kopenhadze 22,9; w Londynie 18,4; w Odesie 29,4; w Paryżu 25,6; w Petersburgu 41,4; w Rzymie 31,5; w Stokholmie 27,4; w Wenecyi 30,1; w Zurychu 22,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 maja. Na ostatniém posiedzeniu swém Wydział lekarski wybrał członkiem komitetu biblijoteki U. J. prof. Korczyńskiego a zamianował Dra Antoniego Krokiewicza asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj na 2 lata, zaś kand. med. Julijana Jastrzębskiego 2im asystentem przy katedrze anatomii opisowéj.

* W Truskawcu w sezonie tegorocznym ordynować będą Dr. Aureli Plech i Dr. Jan Rosner, asystent kliniki położniczéj prof. Madurowicza; zakładem hydropatycznym w Bystréj pod Bielskiem kierować będzie jak poprzednio Dr. Halski, praktykujący w zimie w klinice prof. Korczyńskiego; w Cieplicach czeskich do d 4 maja było gości 150.

Dowiadujemy się, że Doc. Jaworski wyjeżdża do Karlsbadu dopiero w drugiéj połowie sezonu.

* W Luhaczowicach na Morawie objął posadę lekarza zdrojowego Dr. Picek, b. asystent Wydziału lekarskiego w Pradze. Obok słynnych swych źródeł alkaliczno-solankowych i nader zdrowego klimatu, Luhaczowice są jedyném zdrojowiskiem, zostającém w ręku Czechów, i z tego względu, przy wyborze solankowych kąpieli zagranicznych, zasługują na największe uwzględnienie.

* **Węgry**. Z polecenia węgierskiego ministra oświaty wyszło w języku niemieckim sprawozdanie o sprawach wychowania we Węgrzech w ubiegłych 2 latach. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że tam uczniom, którzy wyszli ze szkół realnych, daną jest możność uczęszczania na uniwersytet, jeżeli składają osobny egzamin z łaciny. Wykład higijeny ma miejsce nietylko w wydziale lek., ale także w prawniczym i filozoficznym oraz w szkołach średnich. Następnie minister oświadczył się przeciw zbytniemu ograniczeniu zakresu działania docentów oraz za potrzebą urządzenia 3go uniwersytetu węgierskiego, najprawdopodobniéj w Preszburgu, choć Szegedyn i Koszyce polecono także jako siedzibę uniwersytetu. W szczególności co się tyczy potrzeby 3go wydziału lek dowodzi Minister, że Wydział w Budapeszcie jest przepełniony, bo liczy przeszło 1200 słuchaczy, tak że niektórzy profesorowie mają po 300—350 słuchaczy, a nadto w samym Wiedniu uczęszcza jeszcze 760 Węgrów na medycynę. (*W. m. W.*).

* **Carogród**. Sułtan przesłał Pasteurowi wielki kordon orderu Medżidżia i 10.000 franków na zakład; oprócz tego wysłał weterynarza do Paryża, któryby się zapoznał z metodą szczepienia wścieklizny.

* **N. York**. Bracia Vanderbilt darowali $^1/_4$ milijona dolarów na budowę zakładu klinicznego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg**. Dr. Stanisław Klikowicz, autor rozprawy umieszczonéj w Przeglądzie Lek. w r. b. i wielu innych, mianowany został docentem chorób wewnętrznych w Akademii lekarskiéj. — **Charków**. Dr. S. Kostiuryn z Akademii petersburskiéj mianowany tu został profesorem patologii ogólnéj. — **Madryt**. Dr. Don Ricardo de Sádaba y Garcia del Real mianowany profesorem praktycznéj farmakologii. — **Jena**. Jako następca Fürbringera powołany został z Wrocławia docent Unverricht. — **Wrocław**. Dr. Karol Schoenlein habilitował się jako docent prywatny fizyjologii.

* **Nekrologija** W Paryżu umarł Dr. Monnier, b. profesor anatomii w Val de Grace w 74 roku życia. — W Augustowie zmarł Dr. Józef Sawicki po 4-letniéj zaledwie działalności lekarskiéj. (*Gaz. Lek.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Zdrowiu* Nr. 8: Łuczkiewicza: O węgierskich cieplicach żelezistych (dok.); Leśnika: Fizyjologija alkoholizmu. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Kamockiego: Szkliste zwyrodnienie łącznicy; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu; Heilperna: Wartość pożywna chleba — W *Medycynie* Nr. 19: Adamkiewicza: Rzadki przypadek nerwobólu n. sromnego z zakończeniem pomyślném: Skórczewskiego: Nerwowe kołatanie serca (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. SCHRAMM (we Lwowie): Über den Werth der Kochsalzinfusion und Bluttransfusion, nebst einigen Versuchen von Infusion anderer Flüssigkeiten bei acuter Anämie. (Osobna odbitka z „Med. Jahrb." in Wien 1885) in 8vo str 41.

Ili GONADZE: Wlijanie massaža na azotistyi obmien i uswoenie azotistych czastei piszczi. Dissertacija na stepen doktora mediciny. Petersburg 1886, in 8vo str. 25.

MAJKOWSKI: O metodach i środkach le zenia chorób skórnych

i wenerycznych używanych obecnie na klinikach wiedeńskich. (Odbitka z „Medycyny“ 1886), in 8vo str. 11.

Tenże: Sprawozdanie lekarskie z zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku za r. 1885. (Odbitka z „Medycyny“ 1886) in 8vo str. 8.

Piśmiennictwo lekarskie. OERTEL M. J. Therapie der Kreislaufs-Störungen etc. 3 Aufl. M 38 Abb. 8 Leipzig F. C. W. Vogel. M. 6.

BERT P. Leçons d'anatomie et de physiologie animales. Av. 191 fig. 8. Paris, Masson. Fr. 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d 19 bm. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Cybulski mówić będzie o wpływie różnych pozycyj ciała zwierzęcego na krążenie krwi, poczém 2) kol. Rosner Jan będzie miał odczyt zapowiedziany.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L Blumenstok.**



Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka domu narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków 22 maja 1886. №. 21. Rok XXV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

II.

Śmierć naturalna, czy z udaru mózgowego urazowego.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Następnie przesłuchany został Dr. K., który podał co następuje:

Jeżli się nie mylę dnia 8 maja 1885 o godzinie 4éj rano wezwany zostałem do chorego w skutek pobicia Hugona J. Około godziny 8éj rano przybywszy na miejsce natychmiast przystąpiłem do badania chorego. Leżał on w łóżku, miał oczy przymknięte, oddech ciężki, pracował silnie piersiami, z ust występowała piana w znacznéj ilości, pod brodą przednia część szyi była obrzękła, po otworzeniu powiek znalazłem prawą żrenicę znacznie powiększoną, chory nie władał lewą nogą i ręką, a od otaczających słyszałem, że to niewładanie trwa już kilka godzin i że dnia poprzedniego trzy razy wymiotował; tętno 144 na minutę, ciepłota ciała była znacznie powiększona, powierzchownych uszkodzeń na piersiach i na brzuchu nie spostrzegłem. Byłem przekonany, że chory cierpi na udar mózgu, że choroba jest bardzo niebezpieczną, a nawet że chory wkrótce umrze. Puściłem mu krwi z prawéj ręki około 200 gramów, krew była ciemnobrunatna, bieg krwi z ranki był miernie szybki; za uszami postawiono 6 pijawek; daléj zarządziłem pryszczydła u dolnych części nóg i zimne okłady na głowę.

Według mego zdania zmarł Hugo J. z udaru mózgowego. Apopleksyję mogło wywołać upadnięcie silne, uderzenie twardém narzędziem w głowę, silne wstrząśnienie ciała podczas walki; nie sądzę zaś, aby jakieś silne razy na kadłub zmarłego skierowane, naprzykład uderzenie w plecy, w piersi, w brzuch, udar w tak silnym stopniu wywołać mogły. Czy zmarły był skłonny do apopleksyi, tego, nie znając go przedtém nigdy, orzec nie mogę. Był on dość dobréj tuszy i silnéj budowy ciała i mógł liczyć nad 40 lat. Czy cierpiał stłuszczenie serca, wątroby lub nerek, tego ja stanowczo oznaczyć nie mogę, gdyż badałem go tylko w stanie konającym, jednakowoż badając tętno i rozmiar serca nie przypuszczałem i nie przypuszczam, aby miał serce stłuszczone.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że Hugon J. umarł z udaru mózgowego. Dowodzą tego:

a) Bieg choroby;

b) Zeznanie Dra K.;

c) Wynik sekcyi pierwszéj, a mianowicie ustępy 6 i 7 protokołu sekcyi.

2. Udar mózgowy w tym przypadku z pewnością był następstwem urazu, albowiem wynaczynienie krwi pomiędzy czaszką a oponą twardą zdarza się tylko w skutek wstrząśnienia czaszki.

3. Brak śladu zewnętrznego obrażenia na głowie przypuściwszy nawet, że go nie było, nie przemawia wcale przeciw temu orzeczeniu.

4. Uderzenie w głowę narzędziem tępém, np. pięścią, lub upadnięcie i uderzenie się o narzędzie tępe, całkiem wystarcza do wywołania takiego udaru.

5. Wypada więc sprawdzić, czy Hugon J. wśród bitki nie został uderzony w głowę, lub czy nie upadł, a to tém bardziéj, o ile sińce znalezione na grzbiecie nie mogły wywołać udaru, a więc nie pozostają w związku przyczynowym ze śmiercią Hugona J. i stanowią tylko lekkie uszkodzenie cielesne.

Po raz drugi w téj saméj sprawie Sąd udał się do Wydziału w parę miesięcy później, przesyłając akta razem z następującą odezwą:

Przy rozprawie głównéj, d. 31 sierpnia przeprowadzonéj, zaszła zmiana w kierunku okoliczności, które służyły za podstawę orzeczeniu świetnego Wydziału.

Chirurg B. mianowicie zeznał przy rozprawie, iż na oponie mózgowéj śp. Hugona J. znajdowały się tylko wybroczyny skrzepłéj krwi w niewielkiéj ilości *(Blutunterlauf, Hyperämie)*, pomimo że w protokole oględzin w polskim języku opisanym z dnia 10 maja jest powiedzianém, iż „na powierzchni opony twardéj mózgu znajduje się znaczna ilość wybroczyny skrzepłéj krwi", co znowu w protokole w niemieckim języku spisanym na miejscu czynu, a właściwie w oryginale przez sędziego śledczego przy rozprawie do protokółu złożonym, nie jest uwidocznioném. Chirurg B. tłumaczył się przy rozprawie w ten sposób, iż przez znaczną ilość skrzepłéj krwi na oponie mózgowéj rozumiał tylko „wybroczyny krwi na znacznéj przestrzeni", Dr. A. zaś zeznał, iż nie pamięta czy krew znajdowała się na oponie mózgowéj czy też nie. Dr. A. zeznał daléj przy rozprawie głównéj, a chirurg B. zgodził się z tém, że możliwém jest, iż do śmierci H. J. przyczynił się także t. zw. shock, to jest sparaliżowanie serca w skutek wstrząśnienia nerwowego, które może nastąpić li tylko w skutek irytacyi a nie bicia. O tém wprawdzie wzmianka w oryginale orzeczenia w języku niemieckim spisanego, przez sędziego śledczego do protokołu rozprawy podanego, z którego sporządzono tłumaczenie polskie, w tém ostatniém jednak o t. zw. shoku mowy nie ma, tylko o irytacyi i o rozdrażnieniu nerwowém. W obec tego przedkłada się Wydziałowi na podstawie uchwały Trybunału wszystkie akta z prośbą o zbadanie stanu rzeczy z uwzględnieniem rzeczonych zaszłych zmian.

Szczególnie zechce Wydział lekarski wyjaśnić:

I. Czy, jeżeli krew na oponie mózgowéj spostrzeżona, była tylko wybroczyną i przekrwieniem (*Blutunterlauf, Hyperämia)*, tak jak to chirurg B. przy rozprawie zeznał, śmierć Hugona J. nastąpiła sposobem naturalnym, czy też w skutek uderzenia?

II. Czy, jeżeli ani zewnątrz na ogłowiu ani wewnątrz nie było żadnego obrażenia, możliwém jest, iż uderzenie miało miejsce i w skutek niego śmierć nastąpiła?

III. Czy t. zw. shock, o którym przy rozprawie Dr. A. i Dr. B. zeznawali, był lub mógł być powodem śmierci H. J., a w razie potwierdzającym, czém wywołany został i co w danym przypadku za tą przyczyną śmierci przemawia?

Na pytania te odpowiedział Wydział w sposób następujący:

Na pytanie 1sze: Jeżeli opony mózgowe, jak podczas rozprawy podał p. B. były krwią podbiegłe, to w obec reszty zmian w mózgu tém bardziéj przypuścić należy, że śmierć Hugona J. nastąpiła skutkiem urazu.

Na pytanie 2gie: Nie podobna wykluczyć możności, że pomimo braku śladów obrażenia zewnętrznych i wewnętrznych udar śmiertelny w skutek urazu mógł nastąpić, albowiem jak w pierwszém orzeczeniu (ustęp 2) powiedziano, samo wynaczynienie krwi pomiędzy czaszką a oponą twardą przemawia za urazem. Jeżeli zaś prawdziwém jest zeznanie p. B., to podbiegnięcie opon byłoby właśnie śladem zewnętrznym urazu.

Na pytanie 3cie: O śmierci z wstrząsu (shock) wcale mowy być nie może, albowiem w danym przypadku przemawia przeciw niemu stanowczo przebieg i objawy choroby.

Tak więc pomimo zeznań pp. obducentów pierwszych, podczas rozprawy czynionych, Wydział lekarski nie ma żadnego powodu do odstąpienia od swego orzeczenia pierwszego a w ponownem uzasadnieniu onego przytacza na podstawie aktów co następuje:

1. Hugon J. znajdował się w sile wieku, w ciągu ostatnich lat nigdy nie chorował, a d. 7 maja rb. wyszedł z domu całkiem zdrowy.

2. Bezpośrednio po owéj kłótni z obwinionymi Hugo J. zaniemógł wśród objawów porażenia połowiczego.

3. Dr. K., który Hugona J. widział jeszcze za życia, rozpoznał udar mózgowy a bieg choroby i objawy jéj w zupełności za tém rozpoznaniem przemawiają.

4. W pierwszym protokole sekcyjnym wyraźnie powiedziano w ustępie 7: „na powierzchni opony twardéj mózgu znajduje się znaczna ilość wybroczonéj skrzepłéj krwi"; wprawdzie nie ma o tém wzmianki w protokole niemieckim, ale protokół polski na większą zasługuje wiarę, bo spisany został przez p. B., który sekcyję robił, i który w kilku miejscach protokół uzupełnił. Zresztą Dr. A. w protokole swym niemieckim wyraźnie wspomina o skrzepach w jamach i istocie mózgowéj i orzeka, że śmierć nastąpiła z udaru mózgowego, jakkolwiek powstanie udaru inaczéj tłumaczy. Nadto w wyjaśnieniu danem późniéj obaj obducenci obstają najsilniéj przy protokole polskim i powtarzają wyraźnie, że był udar mózgowy, dodając, że krew skrzepłą własną ręką z mózgu usunęli, a okoliczność tę poświadcza śród rozprawy p. sędzia śledczy. Jeżeli zaś p. B. przy rozprawie oświadcza, że owe wybroczyny krwi skrzepłéj nie były wynaczynieniami krwi tylko wybroczynami, to pomijając okoliczność, że między wybroczeniem a wynaczynieniem nie ma żadnéj różnicy, oświadczenie to jest wprawdzie uderzającém, ale wagi żadnéj mieć nie może, w obec tego, że on właśnie swoją ręką skrzepy wyjmował, swoją własną ręką w protokole polskim o tych skrzepach pisał, a późniéj to samo powtórzył.

5. Ponieważ uderzenie pięścią w głowę lub upadnięcie wystarczyło do wywołania śmiertelnego udaru mózgowego, bez pozostawienia śladu zewnętrznego, więc uwzględniając wszystkie okoliczności Wydział lekarski obstaje przy pierwszém swém orzeczeniu.

Przypadek ten, tak prosty, zagmatwany został w skutek dziwnego postępowania. Z aktów wynika, że protokół sekcyjny, który należy spisać na miejscu i oczywiście w języku urzędowym, zaledwie notowany był po niemiecku przez pierwszego znawcę, a późniéj dopiero tłumaczony na język polski przez znawcę drugiego, który zarazem robił sekcyję, a przy rozprawie dopiero pokazało się, że między oryginałem niemieckim a tłumaczeniem polskiém zachodziły jakieś sprzeczności. Słusznie więc Sąd unieważnił sekcyję pierwszą i polecił wykonanie sekcyi ponownéj. PP. obducenci zaś drudzy, jakkolwiek postępowanie ich było nienaganne, zbłądzili znów pod tym względem, że w orzeczeniu swojém nie uwzględnili wcale wyniku sekcyi pierwszéj i orzeczenia pierwszych obducentów. Wszakże ci ostatni stanowczo orzekli, że najbliższą przyczyną śmierci był udar mózgowy, wywodząc go, co prawda, od zmian chorobowych wewnętrznych, a nie od mózgu. Z faktem atoli przez nich podanym, że „na powierzchni opony twardéj mózgu znajduje się znaczna ilość wybroczyny krwi skrzepłéj", koniecznie liczyć się wypadało, bo po usunięciu przy pierwszéj sekcyi tych skrzepów przez obducenta, jak to poświadczył i p. sędzia śledczy, główna zmiana została usuniętą, a obducenci drudzy, nie uwzględniwszy téj okoliczności, znaleźli się w obec ujemnego wyniku, a chcąc przecież coś podać, dostali się na manowce, przypuszczając uraz nerek i pacierza, który wywołał „tego rodzaju zmiany chorobowe w organizmie, że śmierć wkrótce

sprowadził", a nie wyjaśniając wcale, bo wyjaśnić nie byli w stanie, jakiegoto rodzaju były owe zmiany chorobowe, które śmierć wkrótce sprowadziły.

Jeżeli w obec tego orzeczenia obducenci pierwsi późniéj przesłuchani obstawali przy swojém pierwotném zdaniu, mieli oni zupełną słuszność; tém dziwniejsza atoli, że śród rozprawy ostatecznéj wprowadzali nowe fakty i nowe tłumaczenie. Takim nowym faktem jest twierdzenie, jakoby na oponie twardéj znajdowało się tylko przekrwienie i wybroczyna, a nie wynaczynienie; twierdzenie to, pomijając już okoliczność, że rozróżnienie wybroczyny od wynaczynionki jest rzeczą całkiem nową, pozostaje w rażącéj sprzeczności z podaniem poprzedniém, że obducent własną ręką skrzepy krwi wyjmował; nowém zaś tłumaczeniem jest przypuszczenie, że śmierć nastąpiła ze wstrząsu, albowiem w danym przypadku przypuszczenie to jest gołosłowne i niczém nie poparte. Tak więc przypadek ten dowodzi, że rzecz najprostsza może być nie do poznania zmienioną i zagmatwaną. A przecież nie potrzeba wcale wielkiego doświadczenia, aby przypadek taki prosty jasno wytłumaczyć Sądowi. Człowiek, lat 40 i kilka liczący, zdrowy, wybierający się podobno na polowanie, wstępuje po drodze po futro do krawca, tam wszczyna się bitka, a wkrótce potém człowiek ten przedstawia porażenie połowicze, lekarz przywołany rozpoznaje udar mózgowy, chory umiera w przeciągu kilkunastu godzin a sekcyja wykazuje wylanie krwi pomiędzy czaszką a oponą twardą. Jestto przypadek kliniczny, a potrzeba zaiste wielkiego zachodu, aby go zagmatwać, jak się to stało tym razem. Że nie opisano na głowie żadnych śladów obrażenia, nie dowodzi jeszcze, że ich nie było; a choćby ich nie było rzeczywiście, to jeszcze nie wyklucza możności, że człowiek ten został uderzony w głowę lub uderzył się skutkiem upadnięcia. W każdym razie bieg choroby i zmiany pośmiertne były tak charakterystyczne, że o zadziałaniu urazu wątpić nie można.

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

4. Równocześnie prawie z zachorowaniem poprzedniéj pacyjentki spostrzegłem i u 4go dziecka pp. Ag. półtorarocznego Ludwisia objawy nader łagodnéj, nieżytowéj, że się tak wyrażę, dyfteryi, albowiem prawie bez gorączki (ciepłomierz wykazywał co najwyżéj 37·8°C.) wystąpiły na obu migdałkach plamki cienkie, wielkości ziarna soczewicy, które odznaczały się uporczywém powracaniem, tak że przez dni 10 codziennie po pędzlowaniu zrana znikały, a w kilka godzin znów się pojawiały, pomimo że migdałki wycierałem najpierw watą umaczaną w 10% chlorku zynkowym, a następnie zasypywałem gardło jodoformem. Dopiero po dniach 10ciu znikła bezpowrotnie cienka ta wypocina, a chłopczyk, którego stan ogólny zresztą był zupełnie zadowalającym, mógł z pokoju swego, po przeprowadzeniu dezinfekcyi dawnego mieszkania, powrócić w świeżém ubraniu do reszty zdrowego rodzeństwa. Z pomiędzy 5ga dzieci pp. Ag. tylko 6½ letni Kazio, najstarszy z rodzeństwa, nie uległ dyfteryi, chociaż z 7-letnią Manią pozostawał w jednym pokoju i profilaktycznie również zażywał arszenik, płukał gardło wodą wapienną i pędzlowano mu gardło dwa razy dziennie.

Jak zatém z opisu téj małéj epidemii domowéj widzimy, dyfteryja przybierała w miarę trudno określić się dających okoliczności, u dzieci zresztą dobrze odżywionych i zdrowych, które przed kilku tygodniami przebywały zimnicę, różne odcienia poczynając od form złośliwych do form najłagodniejszych, a nie mogę nawet utrzymywać, że może zimnica, podkopując dawniéj siły żywotne organizmu, przygotowała odpowiedni grunt do tém złośliwszego rozwinięcia się jadu dyfterytycznego, albowiem najstarszy z rodzeństwa, 9½-letni Kazio uniknął dyfteryi szczęśliwie, chociaż najuporczywszą przebywał zimnicę, podczas gdy 3-letni Antoś miał najlżéjsze i najkrócéj trwające napady zimnicze i prędko przyszedł do zdrowia, a mimo to skutkiem złośliwéj formy dyfteryi, padł ofiarą złowrogiéj téj choroby. Nadmienić mi przytém wypada, że we wsi Bazarze równocześnie z tą epidemiją domową, lecz nie wcześniéj, pojawiły się przypadki dyfteryi przebiegające jużto pomyślnie, jużtéż niepomyślnie, jak zwykle podczas epidemii tego rodzaju chorób, a przypuścić tylko muszę, że mimo wszelkich ostrożności dyfteryja z dworu zawleczoną została do domu ekonoma o kilkaset kroków odległego, w którym dwoje dzieci już starszych, tj. 5-letni syn i 12-letnia, córka szczęśliwie dyfteryję przebyło, zachorowawszy w dwa tygodnie po pojawieniu się pierwszego przypadku dyfteryi we dworze. Chorobę tę zawlekła z dworu matka tych dzieci, która doglądała choréj córeczki pp. Ag., 4½-letniéj Broni, a mimo dezinfekcyjonowania się za pomocą kwasu karbolowego musiała na sukniach przenieść czy to plwociny choréj, czy téż może resztkę wypociny dyfterytycznéj i zaraziła własne dzieci.

Jako ilustracyję służącą do poparcia twierdzenia, że dławiec może częstokroć być następstwem błonicy połyku i uważanym być powinien za odmienną tylko formę jednéj i téj saméj choroby zakaźnéj, przytoczyć muszę ciekawy pod względem przebiegu przypadek, operowany przezemnie dnia 7 marca 1882 w Buczaczu.

Jak już na początku méj rozprawki wspomniałem, srożyła się w jesieni i zimie r. 1881 na 1882 epidemija dyfteryi w Buczaczu i stała się powodem mnóstwa ofiar szczególniéj wśród dzieci żydowskich. W rynku buczackim, w kamienicy wielkiéj i zamieszkałéj przez wiele partyj zachorował 10-letni Izaak Drancz, u którego wezwany lekarz w pierwszych dniach marca stwierdził nieznaczną wypocinę dyfterytyczną i przeciw temu cierpieniu zapisał płukanie i pędzlowanie z kwasu salicylowego. Po 2 dniach miało gardło okazać się czystém, lecz natomiast pojawił się kaszel zrazu czysto nieżytowy, późniéj połączony z lekką chrypką w końcu zaś 6go marca kaszel szczekający bez wyraźnych jednak znamion jakiegokolwiek zwężenia. Tegoż dnia wezwany na naradę lekarską zbadałem małego pacyjenta, dość dobrze zbudowanego, lecz chudego, a obejrzawszy krtań za pomocą wziernika krtaniowego zdołałem wykazać tylko zaczerwienienie nagłośni i więzadeł prawdziwych, błon jednak wrzekomych dostrzedz nie zdołałem. Tylna ściana połyku i migdałków nie okazywały żadnéj wypociny a błona śluzowa wyścielająca połyk była nieco tylko czerwieńszą, niż w stanie prawidłowym być powinna. Zaordynowaliśmy napar ipekakuany 1:200 z sodą, szaruchę do wcierania w krtań i okłady wysychające. Dnia 7 marca był głos jeszcze więcéj zachrypniętym oraz objawy lekkiego zwężenia krtani, które

pod wieczór spotęgowały się mocniéj, tak że już ataki bezdechu i chwilowéj nieprzytomności, lubo bez sinicy jeszcze, pojawiać się zaczęły. Skutkiem tego doradzałem operacyi, na którą zrazu rodzice zgodzić się nie chcieli; gdy jednak napady powtórzyły się i groziły zaduszeniem dziecka, wezwali pomocy méj jeszcze o północy z 7 na 8 marca 1882. Zbadałem raz jeszcze chorego za pomocą wziernika krtaniowego i dojrzałem cieniuchne błonki na więzadłach krtaniowych, skutkiem czego w asystencyi koll. Krzyżanowskiego, Nachta i Moslera o saméj północy wykonałem cięcie krtaniowe i założyłem rurkę krtaniową odpowiedniéj do wieku grubości. Operacyja nie przedstawiała znaczniejszych trudności, chory przebył ją bardzo dobrze, stan jego następowy był wielce zadowalającym, zwłaszcza że przez dalszą połowę nocy objęli opiekę nad chorym koll. Nacht i Mosler, zajmując się czyszczeniem rurki, wziewaniami z będźwinianu sodowego itd. Dalszy przebieg był bardzo pomyślnym, ciepłota, która zrana 8 marca wynosiła 39·5°C., tętno 120, obniżała się w dniach następnych na 38·2° (9/3), 37·9 (10/3), 37·8 (12/3), chory oddechał swobodnie, rana zasypywana jodoformem i otaczana gazą jodoformową dobrze wyglądała, jednem słowem cały obraz pooperacyjny zapowiadał bliskie i szybkie wyzdrowienie. Wtem 14go marca, a więc w tydzień po dokonaniu operacyi, dostrzegłem z pewném przerażeniem, iż sok malinowy, który chory popijał z wodą, kroplami wpływał do rurki krtaniowéj i wydobywał się przez otwór rurki zwłaszcza, gdy sama tylko rurka zewnętrzna była w ranie. Badając dokładniéj tylną ścianę krtani, zwłaszcza po wyjęciu całkowitém kaniuli, spostrzegłem na tylnéj ścianie tchawicy, w wysokości tuż poniżéj tylnéj części chrząstki pierścieniowéj, drobny otworek, jakby przetokę, z któréj sok malinowy połknięty zwolna się przesączał. Tak więc miałem do czynienia z przetoką gardzielową tchawicową *(Fistula oesophago-trachealis)*, a powstanie jéj przypisać musiałem tylko téj okoliczności, że krewni naszego pacyjenta, którzy w dniach następnych po operacyi zajęli się czyszczeniem rurek krtaniowych, chcąc usunąć śluz wydobywający się przez rurkę zewnętrzną, po usunięciu rurki wewnętrznéj, wkładali piórka z chorągiewką ostro zakończoną, i manipulując niezbyt delikatnie, żeberkiem ostrém pióra przebili tylną ścianę tchawicy w miejscu odpowiadającém właśnie otworowi wyciętemu w zewnętrznéj rurce krtaniowéj. Wprawdzie zdarza się nieraz, jak na to już wielu autorów, a szczególniéj Archambault, zwróciło uwagę, że 3go lub 4go dnia po operacyi dzieci popijając pokarmy płynne zakrztuszają się, przez co płyny wpadają do krtani i wylewają się rurką krtaniową na zewnątrz, a objaw ten przypisać należy zboczeniu w harmonijném działaniu mięśni zamykających wejście do krtani i mięśni ściągających gardziel (*Mm. arytaeno-epiglottici* i *Constrictor pharyngis*), jednakowoż w przypadku naszym tłumaczenie to miejsca mieć nie może, raz że pacyjent połykał sok malinowy bez krztuszenia, a poczynał się nieco krztusić dopiero wówczas, gdy już krople tego soku pojawiły się w dolnéj części krtani i odpływały na zewnątrz, a powtóre mogłem bardzo dobrze obserwować cały drobny otworek tuż poniżéj krtani na tylnéj ścianie tchawicy i w otworek ten nawet wkładać zgłębnik. Przetokę tę badali i inni koledzy w Buczaczu, a nadto przypadkiem podówczas bawiący lekarz pułkowy Dr. H. z Czerniowic. W celu usunięcia tego nieprzyjemnego powikłania przyżegnałem małą tę przetokę kamieniem piekielnym i poleciłem choremu przez dni kilka używać pokarmów gęstych lub stałych. W istocie przetoka w ciągu dni 3—4 zagoiła się, a z końcem dnia 14go, licząc od dokonania cięcia krtaniowego, chory nasz tak już swobodnie połykał pokarmy stałe i płynne i tak lekko oddychał z zamkniętą nawet rurką krtaniową, że kaniulę tę wyjąłem i brzegi rany zdrową ziarniną pokryte spoiłem za pomocą przylepca zwykłego. Po 24 godzinach zlepiły się dobrze brzegi rany tchawicznéj, a w ciągu tygodnia piękna różowa blizna pozostała jako pamiątka po przebytéj operacyi. Chłopczyk ten żyje dotąd, a tylko przez pierwsze dwa lata w porze jesiennéj okazywał skłonność do nieżytów krtaniowych; badanie jednak wziernikowe wykazywało wówczas tylko lekkie zaczerwienienie nagłośni i więzadeł fałszywych. Po wdechiwaniach z wody szczawnickiéj i popijaniu téjże przypady powyższe wkrótce ustępowały, głos jego jest czysty i donioshy, a 13-letni ten chłopiec obecnie rozwija się zupełnie prawidłowo i czuje się zupełnie zdrowym. (Dok. nast.).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Sahli: **Salol, nowy środek przeciwgośćcowy i przeciwgnilny.**

Na ostatniém zebraniu lekarzy krajowych w Bernie donosi Dr. S. o nowym środku, który w zupełności zastąpi salicylan sodowy i ma tę wyższość, że nawet po dużych dawkach nie sprawia przykrego szumu w uszach. Prof. Nencki wykrył połączenie kwasu salicylowego nie z zasadą, ale z eterem, mianowicie salicylan fenolu, który nazwał krótko: Salol. Jestto proszek biały, tłusty w dotknięciu, zapachu słabo aromatycznego, bez smaku, w wodzie prawie nierozpuszczalny, a w akoholu rozpuszczalny. Z doświadczeń, jakie Nencki robił na zwierzętach, wynika, że Salol dostaje się do moczu jako moczan salicylu i Sulfo-Fenol, zatém same składniki bez zmiany. Ten rozkład Salolu odbywa się pod działaniem soku trzustkowego w dwunastnicy a nie w żołądku, ztąd brak nudności i nieprzyjemnego ubocznego działania. Dr. S. zażywał sam po 8grm. dziennie a nie doznał dzwonienia w uszach; u niektórych osób pojawia się dzwonienie ale o wiele mniejsze, niż po *Natr. salicylicum.* Mocz bywa ciemny, prawie czarny, jak po kwasie karbolowym. W istocie Salol zawiera 38% karbolu, mimo to ten znaczny procent karbolu nie sprawia atoli nieprzyjemnego ubocznego działania, bo karbol w tém połączeniu nie zadrażnia żołądka. S. osiągnął po Salolu we wszystkich cierpieniach reumatycznych co najmniej ten sam skutek, co po *Natr. salicyl.*, nadto ciepłota opadała szybciéj, zapewne w skutek fenolu. Jeden przypadek chronicznéj pokrzywki został szybko Salolem wyleczony, również wiele przypadków nerwobólu nadoczodołowego. Jako *antipyreticum* również jak w gośćcu dawka wynosi 2grm. 3—4 razy dziennie, tylko u suchotników ostrożniéj zaczynać należy od 0·50. Salol wskazany jest także w cukrzycy miejscowo jako *antisepticum* we wrzodach jelit, w cholerze i przeciw czerwiom. — Ponieważ oba składniki jego znajdują się w moczu, przeto wskazany byłby salol w katarze pęcherza, w rzeżączce, w któréjto ostatniéj można stosować go w postaci zawiesiny wodnéj. S. stosował go z dobrym skutkiem i w ozenie, oraz otoku usznym. Dr. Füter widział natychmiastowe ustąpienie migreny po salolu, gdzie *Natr. salicyl.* nic nie skutkowało. Również rany goją się dobrze pod salolem. Bakteryj nie zabija, ale powstrzymuje ich rozwój. Prof. Nencki poleca go chirurgom jako najlepsze *antisepticum.*

Cena jeszcze bardzo wysoka (kilogr. 70 frank.), przy szerszém zastosowaniu zapewne znacznie się obiży (*Wiener medicinische Presse*, 1886, Nr. 19). *Dr. Buzdygan.*

Nikolaus: **O nowym sposobie odprowadzania przepuklin.** *(Repositio spontanea).*

Przepuklinę należy odprowadzać przez ucisk na nią z zewnątrz, takie jest zdanie dziś ogólnie przyjęte, wielka część autorów kładzie nawet nacisk na sposób, w jaki ten ucisk ma być wywarty. Dla przypadków nie tak prostych podają nadto jeszcze dwa inne środki, t. j. narkozę i zwolnienie napięcia powłok brzusznych przez ułożenie chorego na wznak ze zgiętemi odnogami dolnemi, przyczém jednocześnie miednica i klatka piersiowa mają być podniesione.

Z codziennego doświadczenia nadto wiemy, jak niedostateczne są dotychczas używane sposoby repozycyi, a proste doświadczenie pouczy nas, jak mało skutecznemi one być muszą a jednocześnie da nam cenne wskazówki dla odnalezienia nowéj a skutecznéj metody. Przeciągnijmy przez rurkę kauczukową 4—6cm. długą kawal wyciętego jelita długości 1 metra, tak aby obok jelita lub wśród niego jeszcze można było przeprowadzić gruby cewnik i wstrzykujmy wodę do jelita przez jeden jego otwór końcowy, a spostrzeżemy wnet, iż część jelita między strzykawką a rurką położona mocno się płynem wypełni i wydmie, że jednak ani jedna kropla wody nie przejdzie daléj, a względnie nie wypłynie drugim, zwisającym końcem jelita, chociażby nawet parcie już było tak wielkie, iż sprowadzi pęknięcie jelita napełnionego. Z łatwością atoli woda odpływać zacznie, gdy będziemy lekko pociągać za koniec dolny, próżny, lub gdy od dołu wsuniemy cewnik przez jelito do rurki kauczukowéj. Również i przez ucisk na jelito napełnione, a jednocześnie i na rurkę, da się tylko bardzo nieznaczna ilość cieczy przepchać. Wreszcie przekonać się możemy i o têm, jak trudno a raczéj prawie niemożliwém, przesunąć lub przecisnąć przez rurkę czczą pętlę jelitową, którą jednak z wielką łatwością przeciągnąć możemy. Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę fakt niejednokrotnie stwierdzony, iż przepukliny uwięźnięte, które za życia w żaden sposób odprowadzić się nie dały, przy sekcyi po otwarciu jamy brzusznéj z łatwością dają się odprowadzić przez pociąganie od strony jamy brzusznéj za pętlę do- i odwodzącą; to z konieczności nasuwa nam się myśl, iż w miejsce dotychczas używanéj metody uciskowéj należałoby wprowadzić metodę pociągania dla odprowadzenia przepuklin.

Już przed 200 laty były usiłowania, aby przepuklinę własnym ciężarem jelit wciągnąć napowrót do jamy brzusznéj. I tak Corvillard wieszal w tym celu chorych głową ku dołowi zwieszoną, inni wieszali równocześnie za nogi i za ręce, a jeszcze inni w ten sposób, iż założywszy nogi chorego na barki silnego mężczyzny, kazali potrząsać chorym w ten sposób uwieszonym. Żadna z tych metod nie odpowiedziała celowi i dla tego wszystkie poszły w zapomnienie.

Zapomniano już również o metodzie podanéj przez Renaulma, według któréj odprowadzać należy nadawszy wprzód choremu położenie kolankowo-łokciowe, aczkolwiek ona, w każdym razie dla zupełnie innych powodów niż to sądził Renaulme, zupełnie bezskuteczną nie jest. Nieprawdopodobném mogło się to wielu wydać, jakoby, jakto sądził Renaulme, w têm położeniu jelita swym ciężarem jeszcze mogły wywrzeć jakieś ciągnienie na przepuklinę, skoro przecież przy takiém ułożeniu chorego brama zwykłych przepuklin nie leży wiele wyżéj jak najniższy punkt brzucha i ztąd to pochodzi, iż metoda ta została *a priori* porzuconą.

Nie odnosiły zaś powyższe metody pożądanego skutku z następujących powodów: Aby ciężar własny jelit działał jako ciężar, czyli aby wywierał ciągnienie na bramę przepuklinową, do tego potrzeba, aby jelita nie spoczywały na bezwzględnie niepodatnéj ścianie tylnéj, ani téż na ścianie przedniéj brzucha, gdy ta jest napiętą. Jako ciężar, a względnie jako siła ciągnąca, w obec części wyżéj położonych jelita tylko wówczas są w stanie działać, gdy mogą poruszać się w kierunku siły ciężkości, to jest tylko wtedy, gdy spoczywają na podstawie podatnéj. Takie jednak warunki stworzymy tylko wtedy, gdy chorego ułożymy na brzuchu, a i do tego potrzeba jeszcze, aby napięcie powłok brzusznych było jak najmniejsze a brama przepuklinowa znajdowała się jak najwyżéj. Już z tego, cośmy powiedzieli, wynika, iż najodpowiedniejszém ułożeniem chorego powinno być położenie kolankowo-pachowe lub téż według Simsa ułożenie na bok (zdrowy) z podniesioną miednicą.

Myliłby się ten, ktoby sądził, iż działanie tego położenia ogranicza się jedynie do siły ciągnącéj ciężaru jelit. Odgrywa w têm jeszcze rolę jeden ważny czynnik, jest nim obniżenie parcia śródbrzusznego do tego stopnia, iż ono staje się mniejszém od ciśnienia atmosferycznego, staje się ujemném. Obniżenie takie parcia śródbrzusznego uzyskać już można przy położeniu kolankowo-łokciowém (Hegar) nie jest ono jednak przytém tak znaczne jak przy położeniu kolankowo-pachowém. Już w położeniu kolankowo-łokciowém cewnikiem wprowadzonym do pęcherza sycząc wciska się powietrze do pęcherza, z niego zaś często mimo silnego wypełnienia nie wydostanie ani jednéj kropli moczu.

Zbyteczném byłoby dowodzić, iż obniżenie parcia śródbrzusznego a zwolnienie napięcia powłok brzusznych są dwie zupełnie różne rzeczy. W ostatnich czasach zwracano szczególną uwagę na drugie a identyfikowano je jednocześnie z pierwszém. (Dok. nast.)

Prof. Berthold: **O sztucznéj błonie bębenkowéj i użyciu błonki z kurzego jaja do myringoplastyki.**

Autor czyni słuszną uwagę, że zasłonięcie błony bębenkowéj jakimkolwiek sposobem lub łatanie szpar w téjże może mieć zastosowanie tylko w nielicznych przypadkach. Wszelkie bowiem zabiegi w tym kierunku są nieodpowiedniemi w przypadkach, w których istnieje skłonność do powstawania ropienia w uchu środkowém już po zadziałaniu nieznacznéj szkodliwości; wobec przytępienia słuchu po jednéj stronie są te zabiegi zbytecznemi a u dzieci wcale wykonać ich nie można. Nadto należy pamiętać, że proteza tego rodzaju sprawia polepszenie u bardzo nielicznych chorych, dotkniętych przebiciem błony bębenkowéj, gdyż polepszenie nastaje jedynie w obec pewnych tylko zmian anatomicznych w narządach przewodzących drganie ale téż w tych przypadkach bywa polepszenie znaczne. Jeżeli istnieje skłonność do ropienia, może polepszenie nastąpić już po wdmuchiwaniu proszku przeciwgnilnego, który według doświadczenia sprawia ten sam skutek co i błona bębenkowa sztuczna uciskując na łańcuch przewodników głosu (*Bezold*). Błona bębenkowa sztuczna zapobiega nadto działaniu szkodliwości na odsłoniętą błonę śluzową jamy bębenkowéj, chroni od nawrotów ropienia w uchu środkowém i od następstw takiego ropienia dla całego ustroju. Z tego téż względu usiłował B. przez cały szereg lat zastępować ubytki w błonie bębenkowéj sztucznym

sposobem a usiłowania jego zasługują na całkowite uznanie. W pracy przytoczonéj podaje B., że w roku 1878 starał się w kilku przypadkach wykonać myringoplastykę za pomocą transplantacyi Reverdina ze skutkiem; wśród ostatnich miesięcy użył zamiast skóry z przedramienia błonki z jaja kurzego i doprowadził tym sposobem do wyleczenia w kilkunastu przypadkach, z których dwa opisuje. W jednym z nich wykonał wspomniany zabieg wkrótce po ustąpieniu ropienia, w drugim z powodu urazowego pęknięcia błony bębenkowéj. Przypadek ostatni nie może jednak służyć ku poparciu téj metody gdyż powszechnie wiadomo, że urazowe pęknięcia bębenka goją się względnie bardzo łatwo jeżeli się tylko błonę bębenkową chroni przez ten czas od szkodliwości zewnętrznych. *(Bezold. Münch. med. Woch.* 1886 Nr. 19.).

Dr. Schaitter.

Wiadomości pomniejsze.

Ω. **W kwestyi bakteryjoterapii suchot płucnych** ogłasza Dr. J. Ballagi, asystent lecznicy Dra Brehmera w Goerbersdorfie, swe doświadczenia, które dają się streścić jak następuje: 1. B. robił doświadczenia według sposobu podanego przez Cantaniego i Salamę u ośmiu chorych na suchoty w okresie rozpadu z gorączką od 38—39°C. z licznemi prątkami gruźliczemi w plwocinach. Pięciu chorych było dość silnych, trzech musiało leżeć w łóżku. Wszyscy już od czasu dłuższego (2—6 miesięcy) pozostawali w zakładzie, a leczenie zwykle tutaj używane nie odnosiło skutku. Chorzy nie wiedzieli, z czego robią wziewania. U żadnego z ośmiu chorych nie stwierdzono ubytku prątków gruźliczych w czasie wziewań z *B. termo. Bacterium termo* znajdowano w plwocinach w większéj liczbie li tylko zaraz po wziewaniach. 2. Czas doświadczeń z nowém leczeniem wynosił 4—5 tygodni, a w czasie tego kaszel, gorączka i inne chorobowe przypady utrzymywały się jak przed tém. 3. Badanie fizyczne chorych nie wykazywało żadnego zwrotu ku lepszemu. 4. U jednego chorego wystąpiła uporczywa biegunka, która ustała dopiero po usunięciu wziewań. 5. Zazwyczaj po 10—14 dniach tylko z wielką trudnością udawało się chorych nakłonić do dalszych wziewań. Dłużéj nad 4—5 tygodni wytrzymało tylko czterech. U wszystkich wziewania wpłynęły na zmniejszenie apetytu, a ztąd wywołały i ubytek w ciężarze ciała. (A wszakże Cantani widział po zastosowaniu w jednym przypadku wziewań z *B. termo* już w 4 tygodni znaczne polepszenie a Salama nawet w 5 dniu!). *(Directe Mitth. d. Allg. Med. C. Ztg.* 1886, 7/4).

Higijena noworodków w Ameryce. Gdy główka noworodka okazuje się, wycierają mu oczy płynem przeciwgnilnym; gdy się dziecię już urodziło, pozostaje spokojne obok matki w łóżku, dopóki łożysko nie odejdzie. Łożysko włożone do naczynia i dziecię w płótno owinięte usuwają na bok, nierozłączając noworodka od łożyska, aby przedewszystkiém zająć się wyłącznie pielęgnowaniem matki. Gdy już matkę opatrzono dostatecznie, zabierają się do noworodka. Gdy tymczasem tętnienie pępowiny ustało, przecinają ostatnią a niepodwiązawszy jéj poprzednio jak u nas, wyciskają krew skrzepłą. Dziecię nieobmyte i niewykąpane, prześcieradełkiem okryte, kładą do ciepłego łóżeczka osobnego. Dopiero po 24 godzinach kąpią noworodka w wanience w pokoju dobrze ogrzanym. Dr. Tyng przewodniczący zakładu położnic wykazuje, iż od czasu gdy tak postępuje w zakładzie, noworodki mają się znacznie lepiéj niż przed tém, gdy je zaraz po porodzie kąpano i ubierano. *(Arch. f. Kinderhk.* VI Bd. 7 H.).

Dr. Reiss w Dukli.

IV. Uroczystość odsłonięcia portretu śp. prof. Kozubowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

W końcu przemówił Dr. Ściborowski:

Szanowny Prezes Tow. lekarskiego przedstawił Panom powód, który nas tutaj dzisiaj zgromadził i oddał wizerunek zasłużonego Profesora pod opiekę Wydziału lekarskiego, którego tenże przez długie lata był członkiem. Szan. Dziekan wydziału lek., przyjmując dar Towarzystwa, wykazał zasługi śp. Profesora i stanowisko jakie tenże, pomimo niesprzyjających za jego czasów okoliczności, wobec młodzieży i kraju zająć potrafił; mnie jako jednemu z dawnych uczniów ś. p. Kozubowskiego przypadło w udziale skreślanie przebiegu żywota tego męża.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu mego przemówienia, uważam za stósowne podać krótki zarys dziejów katedry anatomii w Uniwersytecie tutejszym od czasów najdawniejszych, a właściwie od początku wieku siedmnastego. Od czasu założenia Uniwersytetu w wieku 14ym aż do końca wieku 16go nie było w nim osobnéj katedry anatomii, lubo przedmiot ten wraz z innemi bywał wykładanym. Dopiero w r. 1602 Jan Zemeli Dr. med., obywatel i rajca m. Kalisza jako wdzięczny uczeń naszéj *almae matris*, zapisał znaczną naówczas kwotę 16000 złp. na stały fundusz, od którego procent miał służyć na uposażenie profesorów anatomii i botaniki. Pierwszym profesorem anatomii, którego pamięć dzieje zachowały, był Maciej Wojeński zmarły w r. 1648 zastępca kanclerza uniwersytetu a w latach 1640 i 1641 rektor jego. Jaką koleją po sobie następowali profesorowie anatomii, nie umiemy dzisiaj ściśle opowiedzieć, lecz dzieje uniwersytetu zachowały imiona: Gabryjela Ochockiego herbu Ostoja lekarza nadwornego króla Zygmunta III, Piotra Mucharskiego, wreszcie Jana Zajączkowicza. Z początkiem wieku 18go fundusz zapisany przez Zemelego zaczął maleć, aż wreszcie niepowrotnie uronionym został, to téż od r. 1717 aż do czasu reformy uniwersytetu przez Kołłątaja nie miał uniwersytet krakowski osobnego profesora anatomii.

W roku 1779 dopiero przybył do Krakowa mąż wysokiéj nauki Rafał Czerwiakowski jako profesor anatomii, fizyjologii, chirurgii i położnictwa. Gdy reforma podług planu wypracowanego przez zasłużonego profesora Badurskiego przeprowadzoną została, Czerwiakowski pozostał przy katedrze chirurgii i położnictwa, wyklad zaś anatomii i fizyjologii poruczono Dr. Wincentemu Szastrowi w r. 1782; mimo to Czerwiakowski zamiłowany w anatomii w szpitalu św. Barbary, gdzie się mieściły kliniki, urządził prosektoryjum anatomiczne, w którém rozbierał zwłoki ludzkie, co go nawet naraziło na prześladowanie ze strony pospólstwa krakowskiego tak dalece, że jakiś czas tylko pod opieką straży mógł się na ulicy pokazać. Do tego czasu odnieść wypada pierwsze początki gabinetu anatomicznego; Czerwiakowski i Szaster bowiem ciekawsze okazy zachowywali, a kilka z nich przed dwudziestu niespełna laty znajdowały się jeszcze w zbiorach naszego uniwersytetu. Za czasów austryjackich w r. 1804 Szaster w stan spoczynku przeniesiony został, a miejsce jego zajął Dr. Alojzy Vetter, który do r. 1806 wykładał anatomię w języku łacińskim, a po śmierci tegoż do r. 1809 prosektor Innocenty Neumann w języku niemieckim.

Z ustąpieniem wójsk austryjackich z Krakowa w r. 1809

profesorem anatomii zamianowanym został Jan Chrzciciel Stummer, który jednak prócz tego powołany do przewodniczenia nad służbą zdrowia w wojsku polskiém, na dłuższy czas musiał opuścić katedrę, wówczas zastępował go prof. położnictwa Woźniakowski, wreszcie z początkiem r. 1815 Stummer porzucił katedrę na zawsze, zamianowany naczelnym lekarzem wojska polskiego. W r. 1815 początkowo wykładał anatomiję Karol Soczyński, póżniej Dr. Józef Kozłowski w r. 1817 mianowany profesorem, bezpośredni poprzednik prof. Kozubowskiego. Gabinet anatomiczny w owych czasach nie miał stałego uposażenia, lecz otrzymywał od czasu do czasu zapomogi większe lub mniejsze mające służyć do jego powiększenia. Od r. 1785 katedra anatomii miała dodanego prosektora, pierwszym był Marek Kambon; po reorganizacyi kraju i uniwersytetu zwinięto posadę prosektora, na to miejsce profesorowi anatomii dodając adjunkta, jakiego miał każdy zakład w wydziale lekarskim.

Teraz przechodzę do właściwego celu mojego przemówienia, to jest do przedstawienia żywota śp. Kozubowskiego. Antoni Kozubowski urodził się d. 11 Sierpnia 1805 r. we wsi Brzostowéj, położonéj w dawném województwie sandomierskiém a dzisiejszéj gubernii radomskiéj, w powiecie opatowskim, z ojca Michała, matki Małgorzaty z Szymańskich, nauki szkolne odbywał w Wąchocku, Kielcach, a gimnazyjum w Lublinie, które w r. 1827 ukończywszy, zapisał się na wydział lekarski w ówczesnym uniwersytecie warszawskim. Tutaj zastał go rok 1831; gdy wówczas brak lekarzów dotkliwie czuć się dawał, powołano uczniów wyższych kursów lekarskich, aby nieśli pomoc rannym. Wówczas i śp. Antoni od 15 lutego 1831 r. aż do końca kampanii podzielał losy armii jako zastępca lekarza batalijonowego w piątym pułku strzelców pieszych zwanych „dziećmi warszawskiemi“, a po wzięciu Warszawy, wraz z wojskiem polskiém przebył granicę pruską pod Brodnicą. Dostawszy się do Krakowa dopełnił brakujących mu jeszcze nauk lekarskich, po czém w r. 1832 udał się do Mnichowa w Bawaryi, gdzie słuchał niektórych wykładów, a następnie do Würzburga, gdzie po złożeniu egzaminów ścisłych i napisaniu rozprawy odpowiadającéj ówczesnym pojęciom lekarskim *„De ulceribus plicosis“* d. 28 czerwca otrzymał stopień doktora medycyny, chirurgii i położnictwa, w następnym roku zatwierdzony przez Uniwersytet Jagielloński w Krakowie. Znany już poprzednio ze zdolności i pracowitości Dr. Bierkowskiemu, podówczas profesorowi chirurgii w Krakowie, zaraz po powrocie w październiku 1833 został mianowany adjunktem kliniki chirurgicznéj, na posadzie téj atoli zaledwie półtora roku pozostawał, gdyż w r. 1835 gdy opróżnioną została katedra anatomii i fizyjologii, poddawszy się konkursowi w d. 29 kwietnia 1835 r. profesorem tych przedmiotów zamianowanym został.

W chwili objęcia przezeń katedry, gabinet anatomiczny w bardzo smutnym znajdował się stanie, wszystkich okazów anatomicznych było zaledwie 227, z których 57 jako zniszczone natychmiast odrzucono, 81 okazów patologicznych oddano do gabinetu patologicznego, utworzonego przy klinice chirurgicznéj, pozostało zatém w gabinecie zaledwie sztuk 89 pomieszczonych w ciasnéj, ciemnéj, wilgotnéj sali na dole w gmachu kollegijum fizycznego. Nowo mianowany profesor, pomimo że od czasu objęcia katedry aż do r. 1848 prócz anatomii musiał wykładać i fizyjologiję, z całym zapałem zajął się powiększeniem gabinetu, postarał się o odpowiedniejsze tegoż pomieszczenie, oraz corocznie wzbogacał go nowemi okazami, tak że w r. 1868 z chwilą opuszczenia katedry przez śp. Kozubowskiego zbiór mieścił więcéj niż 1500 okazów, z tych przeszło dwie trzecie okazów do anatomii porównawczéj dzieła jego ręki.

Profesor Kozubowski może nie należał do talentów pierwszorzędnych, nie posunął nauki na nowe tory, ale był profesorem wzorowym, zadość czynił zasadzie „niech każdy czyni, co każe Duch Boży, a całość sama się złoży“ znając przedmiot, który wykładał, dokładnie i miłując tenże, umiał przedmiot sam przez się suchy, uczynić zajmującym i zachęcić uczniów do zajmowania się nim, to téż uczniowie śp. Kozubowskiego z małemi wyjątkami znali dokładnie anatomiję będącą, że tak się wyrażę podstawą medycyny a zwłaszcza chirurgii. Od r. 1854 po zaprowadzeniu w Uniw. Jagiellońskim wykładów w języku niemieckim mianowano profesorem anatomii opisowéj do dziś dnia żyjącego w Wiedniu Prof. Voigta, a Kozubowskiemu poruczono wykład anatomii porównawczéj, dozwalając mu wykładać w języku polskim. Zasługi śp. profesora pod względem przechowania w czystości mowy ojczystéj przedstawił już Panom szanowny Dziekan wydziału lek. Z całego grona uniwersytetu dwaj tylko profesorowie śp. Kozubowski i czcigodny prof. Majer dzisiejszy Prezes Akademii Umiejętności stanowczo oświadczyli, że po niemiecku wykładać nie będą, pozostali téż przy wykładach w języku polskim; ci przeto mężowie byli owymi Wajdelotami strzegącymi świętego ognia mowy ojczystéj, którą przechowali nieskalaną. Szczęściem stan ten nie trwał długo, gdyż już w 8 lat niespełna, to jest w r. 1861 przywrócono język polski do wykładów w Uniwersytecie i Kozubowski objął napowrót katedrę anatomii ludzkiéj i zajmował ją jeszcze przez lat kilka. Wreszcie w r. 1868 został przeniesiony w dobrze zasłużony stan w spoczynku, z pozostawieniem całéj pensyi profesorskiéj, w dowód uznania ozdobiony oznaką honorową, od któréj jednak milszym dlań był dowód uznania i życzliwości ze strony Kolegów, którzy przy pożegnaniu w listopadzie 1868 złożyli mu adres pożegnalny przez wszystkich członków Wydziału podpisany. Od r. 1835 jako profesor uniwersytetu był zarazem członkiem Towarzystwa naukowego, a w r. 1872 z przeobrażeniem tegoż w Akademię Umiejętności przeszedł w poczet członków nadzwyczajnych téjże. Od r. 1863 Członek Tow. lekarzy podolskich, w r. 1868 został mianowany Członkiem honorowym Tow. lekarskiego krakowskiego, był téż członkiem Tow. fizyjokratycznego w Pradze.

Z prac piśmiennych śp. profesora wymieniamy: rozprawę o Karłakach mianowicie przedtatrowych, niedołężność ta u nas bardzo mało była znaną, dopiero Kozubowski zwiedziwszy całe Tatry i Podhale opisał ją szczegółowo. Drugą pracą jest rozprawa: O samcach przekopnicy okazałéj. Sąto drobne żyjątka do skorupiaków należące, żyjące w znacznéj ilości w wodach stojących, o których nie wiedziano czy są obupłciowemi, czy mają płeć osobną. Dr. K. wątpliwość tę rozstrzygnął wykazawszy obecność samców, lubo w ilości nierównie mniejszéj od samic.

Uwolniwszy się od obowiązków nauczycielskich, nie przestał pracować dla dobra społeczeństwa, lubo działalność swą przeniósł na inne pole, a mianowicie poświęcił się podniesieniu pewnych gałęzi gospodarstwa krajowego, zajmując się z całém zamiłowaniem jedwabnictwem, pszczelnictwem i sadownictwem; liczne prace z tego zakresu drukiem ogłosił. Jemu zawdzięczyć należy założenie Towarzystwa pszczelniczo-jedwabniczego i sadowniczego dla Galicyi zachodniéj, którego od r. 1865—1878 był prezesem, a które po usunięciu

się jego musiało zawiesić swe czynności z powodu braku poparcia. W uznaniu zasług pod tym względem towarzystwa gospodarcze wszystkich prawie prowincyj Państwa austryjackiego mianowały go swym członkiem.

Do Towarzystwa Dobroczynności zapisał się w r. 1863 i zaraz objął nadzór nad ogrodami Towarzystwa; od r. 1869 do 1871 był Członkiem Rady ogólnéj T. D. jako radca Wydziału zdrowia. Prócz tego świadczył wiele dobrego w ukryciu tak, aby podług słów Chrystusa: lewica nie wiedziała co robi prawica.—Dla uczniów był prawdziwym ojcem, zawsze gotów dla nich z radą i pomocą; serdecznie przywiązany do rodziny zwłaszcza do matki, która w bardzo sędziwym wieku życie zakończyła zaledwie na lat kilka przed synem, skromny majątek zebrany pracą i oszczędnością pozostawił dla rodziny, 6.000 zła. przeznaczając na fundusz stypendyjalny dla ubogiego ucznia szkół publicznych, dając pierwszeństwo należącemu do rodziny Kozubowskich.

Od dłuższego już czasu cierpiąc na chorobę piersiową, z powodu któréj kilkakrotnie szukał ulgi w zdrojowiskach krajowych, zwolna gasnąc zakończył życie d. 3 września 1880 roku w Krakowie. W dwa dni późniéj grono krewnych, znajomych, przyjaciół, dawnych kolegów i uczniów zmarłego odprowadziło zwłoki na miejsce wiecznego spoczynku, gdzie w zastępstwie nieobecnego dziekana Wydz. lekarskiego nad grobem przemówił śp. prof. Janikowski podnosząc zasługi zmarłego.

Od czasu śmierci śp. Kozubowskiego upływa rok szósty, rok szósty nie ma go między nami, ale pamięć Jego niewygasła istnieje. Do śp. Kozubowskiego można poniekąd zastósować słowa wyrzeczone przez zmarłego zaledwie przed kilku tygodniami na obczyźnie sędziwego wieszcza ukraińskiego:

Duch nie zgaśnie przez skonanie,
A dla ziemi u mogiły,
Kilka piórek pozostanie,
Co go ku niebu wznosiły.

Temi piórkami, które przechowały pamięć śp. Kozubowskiego, były zacne i poczciwe czyny Jego żywota, były prace nauczycielskie mające na celu kształcenie młodego pokolenia lekarzy i zbogacenie oddanego Jego pieczy gabinetu, były starania o przechowanie w czystości mowy ojczystéj, były wreszcie prace piśmienne, skierowane ku nauczaniu pracujących klas naszego narodu i podniesieniu gospodarstwa krajowego. Dla tychto prac, dla tych zasług, staraliśmy się rysy oblicza śp. zasłużonego Profesora w tym wizerunku przechować dla potomnych; a ja moje przemówienie kończę słowami: Daj Boże! naszemu Uniwersytetowi więcéj takich Profesorów, a społeczeństwu naszemu więcéj takich mężów.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w kwietniu r. 1886.

Epidemija tyfusu brzusznego dosięgła swego szczytu w ciągu marca br. a od początku kwietnia zmniejsza się coraz bardziéj. W ciągu kwietnia stwierdzono tyfus brzuszny w 92 miejscowościach w 33ch powiatach u 2337 osób (w marcu 2452), z tych wyzdrowiało 1625 czyli 69·5% (w marcu 58·2%), umarło 153 czyli 6·5% (w marcu 10·1%), pozostało w leczeniu 559 (z końcem marca 777) chorych. Najwięcéj rozszerzonym był tyfus brzuszny w powiecie rawskim, gdzie w 13 miejscowościach stwierdzono 196 przypadków choroby, lecz z łagodnym przebiegiem. Również był tyfus rozszerzonym w powiecie bobreckim (7 gmin), w jaworowskim i przemyskim (po 6 gmin), największa liczba chorych zdarzyła się w 3ch gminach powiatu lwowskiego (285 chorych).

Tyfus wysypkowy nieco się rozszerzył, a mianowicie wybuchł w powiecie brodzkim w trzech gminach z ludnością prawie 3000; w tych trzech gminach stwierdzono 186 przypadków choroby a 39 przyp. śmierci, tj. 20%. W ogóle był przebieg tyfusu wysypkowego w kwietniu złośliwszym niż w poprzednich miesiącach. Z 906 leczonych chorych wyzdrowiało 611 czyli 67·4%, umarło 96 czyli 10·6%, pozostało w leczeniu z końcem kwietnia 199 chorych w 22 miejscowościach.

Tyfus powrotny, który z końcem marca zupełnie wygasł, pojawił się ponownie w jednéj gminie jaworowskiego powiatu, z 5 chorych wyzdrowiało 3, umarło 2 osoby.

Szkarlatyna jest bliską zupełnego wygaśnięcia. W kwietniu stwierdzono ją w 13 miejscowościach a w 10 powiatach; z 285 leczonych chorych ozdrowiało 224 czyli 78·6%, umarło 21 czyli 7·4%, pozostało w leczeniu 40 chorych w 3ch miejscowościach.

Dyfteryja wystąpiła tylko sporadycznie w jednéj gminie skałackiego powiatu z nader łagodnym przebiegiem. W połowie miesiąca wygasła zupełnie.

Epidemija odry również szybko się zmniejsza. W kwietniu panowała jeszcze w 68 miejscowościach (w marcu w 105) w 24 powiatach u 3061 chorych (w marcu u 5980). Z tych wyzdrowiało 2315 czyli 75·6%, umarło 184 czyli 6%, pozostało z końcem kwietnia 562 chorych, a zatém zaledwie połowa liczby pozostałych z końcem marca.

Koklusz także bliskim jest wygaśnięcia; z 679 leczonych chorych pozostało w leczeniu z końcem kwietnia 77 osób w trzech gminach, wyzdrowiało 80·7%, umarło 8%.

Dysenteryja wygasła zupełnie, z 53 chorych umarło 2 czyli 3·8%.

Ospa zarówno jak w marcu tak samo i w kwietniu straciła nieco na rozszerzeniu. Panowała w 68 miejscowościach a w 17 powiatach, najwięcéj w powiecie rawskim (w 15 gminach 69 chorych), w pow. sokalskim (w 9 gm. 124 chorych), w pow. myślenickim (w 9 gmin. 128 chorych), w pow. żywieckim (w 8 gmin. 75 chorych), a w pow. nowotarskim (w 7 gminach 140 chorych). Z 838 leczonych chorych wyzdrowiało 417 czyli 49·8% szczepionych, a 168 czyli 20% nieszczepionych, umarło 18 czyli 2·1% szczepionych, a 61 czyli 7·3% nieszczepionych; pozostało w leczeniu 132 szczepionych i 42 nieszczepionych.

Lwów d. 12 maja 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 15 bm. pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta Friedleina posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości, iż wykładnik śmiertelności Krakowa po strąceniu obcych zmarłych w tutejszych szpitalach wynosił w marcu 26·4, w kwietniu 26·6. Z chorób zakaźnych zmarło w marcu 9·3, w kwietniu 9·5% ogólnéj liczby zmarłych. W kwietniu pojawił się tyfus wysypkowy u najuboższéj części ludności w III obwodzie (na Kazimierzu), w aresztach miejskich i kryminale z przebiegiem bardzo łagodnym i ogóle 3ma przypadkami śmierci. Obecnie ta mała epidemija już na wygaśnięciu. W ogólności już rok drugi śmiertelność z chorób zakaźnych w Krakowie zmniejsza się ciągle. Między psami pojawiła się w kilku przypadkach wścieklizna, co skłoniło Magistrat do wydania nakazu puszczania psów tylko z kagańcami i ponowienia zakazu wprowadzania ich do lokalów publicznych. Rozporządzenie to obowiązuje pod surowemi karami od 20 b. m. — Zmiany wysokości wody gruntowéj mierzy się obecnie za pomocą studni w gmachu Magistratu. — Ze względu na to, iż nieraz nawet w nowych domach stróże nie mają należytego pomieszczenia, skutkiem czego podlegają rozmaitym chorobom, mianowicie zakaźnym, rozporządził Magistrat, aby przy przedkładaniu planów na nowe domy żądano zawsze wskazania miejsca dla stróża. — Wypracowane przez inżynijera sanitarnego instrukcyje dla czyszczenia dołów kloacznych, tudzież instrukcyje służbowe dla maszynisty i robotników używających przyrządów Talarda uchwalono z małemi zmianami. Instrukcyję dla miejskiéj służby zdrowia uchwalono ostatecznie z małemi modyfikacyjami proponowanemi przez Magistrat i postanowiono przedłożyć Radzie miejskiéj zapraszając na sprawozdawcę r. m. Dra Domańskiego.

Na wniosek tegoż radcy uchwalono wezwać Magistrat, a mianowicie inżynijera sanitarnego, aby na najbliższém już posiedzeniu komisyi sanitarnéj przedłożył projekt usunięcia kilku bardzo ważnych usterek higijenicznych w gmachu św. Scholastyki, wezwano budownictwo miejskie do wypracowania lepszéj, niż obecna, wentylacyi sal szkolnych w budynkach miejskich, mianowicie przez użycie do niéj gazu, tudzież do wydania polecenia, aby właściciele domów przy ulicach, w których zbudowano nowe kanały, wpuścili do nich jak najrychléj swe ścieki obecnie wierzchem płynące, przez co powietrze zatruwa się w sposób dla zdrowia publicznego szkodliwy.

* Lekarz angielski, Dr. Silvester, proponuje ciekawy środek, mający zapobiedz utonięciu człowieka. W chwili, gdy się zanosi na rozbicie okrętu, radzi wywołać odmę podskórną na szyi lub karku, skutkiem czego głowa utrzymuje się nad zwierciadłem wody. (*D. med. Woch.*).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32·5. Z ospy umarło 0 (4 z t.); z odry 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru plamistego 0 (2 z. t.); z róży 3. Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach duru osutkowego i 1 czerwonki. W tygodniu od 25 kwietnia do 1 maja umarło z ospy w Pradze 4, w Budapeszcie 17, w Wiedniu 4, w Rzymie 6, w Zurychu 2. Z duru osutkowego umarło: w Budapeszcie 2, w Pradze, Amsterdamie, Petersburgu i Odesie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 19. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 16, w Paryżu 15, w Londynie 9, w Petersburgu 11. Z odry umarło w Wiedniu 10, w Pradze 15, w Berlinie 10, w Paryżu 43, w Londynie 45, w Petersburgu 44. Z płonicy umarło 14 w Petersburgu. Z błonicy umarło: w Wiedniu 14; w Paryżu 34, w Berlinie 27, w Londynie 28. Z krztuśca umarło: w Paryżu 26, w Londynie 100.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25 kwietnia do 1 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 50,7; w Brodach 25,5; w Drohobyczu 63,3; w Kołomyi 34,6; w Przemyślu 29,4; w Stanisławowie 30,6; w Tarnopolu 38,6; w Tarnowie 28,6; w Czerniowcach 24,5; w Warszawie 33,6; w Pradze 48,6; w Budapeszcie 40,4; w Wiedniu 34,0; w Lincu 44,5; w Salcburgu 25,5; w Gracu 34,6; w Tryjeście 35,9; w Insbruku 21,3; w Berlinie 22,7; we Wrocławiu 35,8; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 23,7; w Hamburgu 26,5; w Karlsruhe 20,4; w Kolonii 26,1; w Królewcu 24,1; w Lipsku 19,6; w Mnichowie 30,4; w Strasburgu 35,3; w Amsterdamie 24,7; w Bazylei 25,8; w Brukseli 24,4; w Chrystyjanii 26,2; w Genewie 32,4; w Kopenhadze 24,3; w Londynie 18,5; w Odesie 35,0; w Paryżu 26,4; w Petersburgu 37,1; w Rzymie 26,7; w Stokholmie 20,7; w Wenecyi 33,6; w Zurychu 33,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 maja. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prezes zawiadomił o śmierci śp Dra Mateckiego w Poznaniu, a wymieniwszy jego wielkie zasługi obywatelskie zawezwał obecnych do oddania czci zmarłemu przez powstanie, poczém drogą telegraficzną przesłał rodzinie nieboszczyka kondolencyję Towarzystwa lek. Następnie prof. Cybulski miał zajmujący wykład zapowiedziany, który niezadługo ukaże się w naszym tygodniku. W końcu na wniosek komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. w miejsce ustępującego dla rozlicznych zajęć prof. Korczyńskiego wybrany został jednogłośnie członkiem komisyi redakcyjnéj prof. Obaliński.

* W oddziale prymaryjusza Paszkowskiego rozpoznano temi dniami i sprawdzono badaniem drobnowidowém dwa przypadki gorączki powrotnéj.

— W dniu 19 bm. odbył się obchód 25-letniego jubileuszu pełnienia obowiązków dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie przez Dra Jana Harajewicza. Z tego powodu zgromadziło się w salach hotelu Wiktoryi bardzo liczne grono złożone z członków komitetu administracyjnego i wszystkich prawie lekarzy i urzędników, tudzież dawniejszych sekundaryjuszów szpitala św. Łazarza. Wprowadzonego do sali Jubilata przywitał bardzo udatném i serdeczném przemówieniem prym. Dr. Paszkowski podnosząc zasługi koło poruczonéj jego pieczy instytucyi i życząc mu, aby jak najdłużéj jeszcze dla niéj pracował, złożył w upominku od lekarzy i urzędników szpitalnych pierścień z odpowiednią dedykacyją. Przy uczcie następnie odbytéj panował nastrój bardzo serdeczny i koleżeński a długi szereg toastów na cześć Jubilata przeplatany odczytywaniem nadeszłych telegramów był zakończeniem téj uroczystości, z któréj wszyscy unieśli ze sobą jak najmilsze wspomnienia.

* W zdrojowiskach galicyjskich praktykować będą w sezonie bieżącym następujący lekarze polscy: w Iwoniczu Drowie Dębicki młodszy i Rieger, w Krynicy Drowie Blatteis, Ebers, Lorentski, docent Mars, Skórczewski i Zieleniewski; w Kulesznem Dr. Grabecki; w Lubieniu Dr. Krobicki; w Morszynie Dr. Medwej, w Rabce Dr. Rybczyński; w Rymanowie Dr. Dukiet, w Sasowie Dr. Bogdański, w Swoszowicach Dr. Skakalski; w Szczawnicy Drowie Doskórski, Dworski, Gluziński młodszy, Gumorski, Kołączkowski, Ściborowski i Zaręba; w Truskawcu: Drowie Plech i Rosner Jan; w Wysowéj Dr. Neumann; w Zakopanem Dr. Piasecki, w Żegiestowie Drowie Elektorowicz i Szczepański. W zdrojowiskach szląskich, a mianowicie: w Bystréj Dr. Halski; w Jaworzu docent Smoleński; w zdrojowiskach czeskich, a mianowicie: w Francensbadzie Drowie Dębicki starszy i Przezdziecki; w Karlsbadzie Drowie Hassewicz, Jaroszyński, docent Jaworski, Kretowicz, Rosenberg, Stiche; w Maryjenbadzie Drowie Dobieszewski, Kaufmann, docent Kopernicki; w Cieplicach węgierskich Dr. Filipkiewicz, a wreszcie w Gleichenbergu (w Styryi) Drowie Brühl i Bulikowski.

* **Wiedeń**. P. Minister Oświecenia wysłał rodaka naszego Dra Edmunda Neussera, 1go asystenta kliniki prof. Bambergera, do Gorycyi, celem studyjowania rumienia lombardzkiego (pellagry).

* **Bośnija**. Starostwo w Priedor (mieście liczącém 5000 mieszkańców, mającém stacyję kolei) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego. Płaca roczna wynosi 800 zła., dochody poboczne (głównie z praktyki sądowéj) wynoszą około 1500 zła.; taksa za wizytę u chorego w mieście samém 50 ctów, tylko chorych ubogich leczy się bezpłatnie. Doktorowie znający język niemiecki i jeden ze słowiańskich podać się mogą do 15 czerwca do c. k. starostwa w Priedor.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Lekarz sztabowy Dr. Löffler habilitował się jako docent higijeny. — **N. York**. Dr. Janeway mianowany został profesorem praktyki lekarskiéj w miejsce Flinta.

* **Wiadomości osobowe**. Starszymi lekarzami w armii czynnéj mianowani zostali Drowie Justyn Karliński i Stanisław Lech.

* **Nekrologija**. W Poznaniu umarł Dr. Teodor Teofil Matecki. Urodzony w Poznaniu w r. 1810 ukończył tamże gimnazyjum św. Maryi Magdaleny, poczém jako artylerzysta brał udział w wojnie 1831 r., w r. 1833 aż do 1837 uczęszczał na medycynę we Wrocławiu, gdzie i stopień doktora uzyskał. W r. 1839 osiadł w Poznaniu i razem z Marcinkowskim jako lekarz wzięty i jako obywatel gorliwy rozwinął pracę zaszczytną i korzystną. Przez szereg lat był wiceprezesem Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu i jednym z najgorliwszych jego członków. Napisał kilkanaście rozpraw, przeważnie treści ginekologicznéj i popularnolekarskiéj. Cześć pamięci zasłużonego Męża!

Jeszcze w październiku r. z. zmarł nagle prof. medycyny sądowéj w Stokholmie Dr. Axel Jäderholm. Dziwnym sposobem w żadném czasopiśmie nie było dotąd wzmianki o śmierci jego i dla tego korzystamy z notatek przesłanych nam przez jednego z kolegów szwedzkich, aby podać kilka rysów jego żywota. Przyczyną śmierci profesora znanego szeroko z swych prac naukowych było porażenie serca, które wyrwało go z pośród grona kolegów, w chwili gdy odczytywał swój referat w komisyi naukowéj. Zmarły urodził się w roku 1837 w Söndermanland w Szwecyi, studyja lekarskie rozpoczął w Upsali, ukończył w uniwersytecie karolińskim w Sztokholmie, gdzie w roku 1869 uzyskał stopień doktora medycyny, a niebawem został docentem anatomii patologicznéj. W roku 1874 zamianowany profesorem

medycyny sądowéj i państwowéj jął się z całą energiją badań naukowych w swoim zakresie a kilka prac jego tłumaczonych następnie na język niemiecki zapoznało wszystkich lekarzy sądowych z uczonym szwedzkim. Zmarły obdarzony od natury wielkiemi zdolnościami celował pomiędzy innymi profesorami karolińskiego uniwersytetu gruntowną znajomością kilku gałęzi nauk lekarskich, był dobrym mowcą a o wszechstronności jego wykształcenia świadczą utwory poetyckie, znane w kołach znajomych nieboszczyka. Zamiłowania do badań ścisłych dowodzi okoliczność, że w mieszkaniu swojém prywatném urządził sobie pracownię chemiczną, gdzie skrzętnie i trzeźwo kontrolował podania innych autorów i własne czynił doświadczenia, zazwyczaj o późnéj porze nocnéj. Oprócz zajęć swych jako profesor zajmował J. przez 4 lata stanowisko redaktora pisma lekarskiego *Hygiea*, organu Towarzystwa lekarzy szwedzkich, a od roku 1879 był dyrektorem zakładu ortopedyczno-gimnastycznego w Sztokholmie. To téż brak Jäderholma uczuwa dotkliwie nietylko uniwersytet lecz i koła lekarskie stolicy Szwecyi.

W Paryżu umarł znakomity psychijatryk Legrand du Saulle w skutek pęknięcia tętniaka w 56 roku życia. Był on przez lat 20 lekarzem sądowym przy prefekturze policyi w Paryżu a w ciągu tego okresu miał wydać 60,000 orzeczeń. Znane powszechnie są liczne jego prace w dziedzinie psychijatryi sądowéj, głównie co do epilepsyi, agorafobii, hysteryi itd.; był on prymaryjuszem w Salpetrière, redaktorem *Annales médico-psychologiques*, założycielem towarzystwa sądowolekarskiego, oficerem legii honorowéj itd. W historyi psychijatryi imię jego nie pójdzie w zapomnienie. — We Wrocławiu umarł prof. nadzw. anatomii opisowéj Dr. H. Gierke (urodzony w r. 1847 był prosektorem u Köllikera w Würzburgu, późniéj prof. anatomii w Tokio w Japonii, w r. 1881 powróciwszy do Europy został asystentem przy zakładzie fizyjologicznym we Wrocławiu, a w roku następnym prof. nadzw.).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Z. Kramsztyka: Wyciskanie ziaren jaglicowych w łącznicy; Guranowskiego: Przypadek szankra w uchu średniém; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.); Heilperna: Wartość pożywna chleba (dok.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 5: Krówczyńskiego: O wpływie gimnastyki na narząd nerwowy (dok.). — W *Medycynie* Nr. 20: Skórczewskiego: Nerwowe kołatanie serca (dok.).

Redakcyja otrzymała:

M. HEILPERN: O wartości pożywnéj chleba w obec nowoczesnéj techniki piekarskiéj. (Odbitka z „Pamiętnika Tow. lek. warsz.") Warszawa 1886, in 8vo str. 218 z 2 tabl. litograf.

Dr. P. SEIFMANN: Dzieje założenia szkoły weterynaryi we Lwowie. (Odbitka z „Przegl. Weterynar.") in 8vo str. 11.

D. DOBIESZEWSKI: Observations cliniques faites dans l'établissement des eaux de Marienbad. (Odbitka z „Bull. gén. de Thérapeutique). Paris 1886, in 8vo str. 15.

Dr. Stan. ZALESKI: Zur Pathologie der Zuckerharnruhr und Eisenfrage. (Odbitka z „Virchowa Archiwu"). Berlin 1886, in 8vo str. 16.

Piśmiennictwo lekarskie. FLECHSIG Rob. Die Frauenkrankheiten. Ihre Erkenng. u. Heilg. 3. Aufl. M. 32 Abb. 8 Leipzig, Weber. M. 2.

GAŁĘZOWSKI X. Traité iconographique d'ophthalmoscopie. Av. 52 fig. et 28 pls. col. 2 éd. gr. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 35.

— et DAGUENET. Diagnostic et traitement des affections oculaires. Av. fig. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 18.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Regulamin Zakładu w Steinerhof oraz ogłoszenie o Zakopanem.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. dr L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 29 maja 1886. № 22. Rok XXV.

I. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał Prof. Dr. Cybulski.

Prawdopodobnie dziś nikt już nie wątpi, że krew w organizmie w naczyniach krwionośnych ulega wpływom ciążenia, i że stosownie do tych wpływów może się do pewnego stopnia zmieniać sam obieg krwi; z drugiéj strony wiadomo, że hydraulicy uwzględniając ruch cieczy w rurach zawsze w pierwszym rzędzie biorą pod uwagę działanie tego czynnika; pomimo to dotychczas w fizyjologii krążenia krwi, czy to przy określeniu parcia ościennego i prędkości ruchu, czy téż pracy serca, kwestyja wpływu ciążenia na ruch krwi albo bardzo mało i ogólnikowo, albo zupełnie nie bywa uwzględnianą. Kwestyja ta jednak ma pewne znaczenie tak z praktycznego, jakotéż i teoretycznego względu osobliwie, jeżeli się uwzględni normalną postawę człowieka i tę okoliczność, że postawa ta stosownie do woli może się zmieniać bardzo znacznie a nawet być wręcz odwrotna, jak np. przy ćwiczeniach gimnastycznych, przy których przez jakiś czas organizm może zostawać w pozycyi pionowéj głową w dół. Nie wiadomo jest także, czy i jakie narządy istnieją w organizmie, których czynność skierowaną jest do utrzymania pewnéj normy ruchu i parcia ościennego krwi w naczyniach krwionośnych pomimo zmian w pozycyi ciała; w ogóle pod tym względem prawie zupełny jest brak badań eksperymentalnych. Prawda, istnieje szereg obserwacyj dotyczący poszczególnych czynników, jak np. zmiany tętna, lecz nieco szersze traktowanie téj kwestyi znajdujemy tylko w jednéj pracy prof. Paszutina, o któréj zresztą autor podał tylko tymczasowe doniesienie. Historyczny rozwój téj kwestyi przedstawia się w sposób następujący.

Pierwsze obserwacyje wpływu pozycyi ciała na krążenie krwi podał Piory (*Arch. génér. de méd.*, tom. 12, str. 203). Zauważył on, iż słabe osoby w razie zemdlenia prędzéj przychodzą do przytomności w pozycyi pozioméj lub pochyłéj głową na dół, niż w każdéj innéj. Te obserwacyje nasunęły mu myśl zrobienia kilku doświadczeń na psach. Doświadczenia te polegały na upuszczaniu krwi z żył szyjnych w pozycyi poziomej; upuszczanie trwało dopóty, dopóki krew sama nie przestawała płynąć. Jeżeli po ustaniu upływu krwi pozycyja zwierzęcia była zmienioną na pionową głową w dół, to upływ krwi na nowo się wznawiał. Jeżeli przed zmianą pozycyi były podwiązane żyły, to w pozycyi pionowéj głową w dół zwierzę przez dłuższy czas mogło żyć i oddechać prawię normalnie: w pozycyi zaś pionowéj głową do góry oddechanie i inne oznaki życia szybko znikały. Na tém ograniczyły się co do faktycznego materyjału doświadczenia Piorrego.

Po nim kwestyja na długo została zawieszoną i tylko klinicyści wskazywali na zmiany tętna w zależności od zmian pozycyi ciała, Z tych ostatnich wspomnę tu Gravesa (*On the effects of posture on the frequence and character of the pulse. The American Journal of the medical sciences.* t. VIII, str. 480), Marshall-Halla (*Medico-chirurgical transactions* t. XVII, str. 250), Guya (*Hospital reports* t. III, str. 92), którzy wykazali, iż podczas stania tętno zwykle jest o 10—15 uderzeń częstsze niż podczas leżenia; lecz w tych obserwacyjach mało uwzględniano inne czynniki mające wpływ na tętno, a mianowicie pracę mięśni; zmian więc tętna otrzymanych przez wymienionych autorów nie można wyłącznie uczynić zależnemi od zmian postawy ciała.

Zresztą w nowszych czasach Marey stwierdził podobne zmiany u zwierząt już za pomocą ściślejszych metod (*Physiologie médicale de la circulation du sang*), lecz wytłumaczył to zjawisko zupełnie fałszywie, uważając zwolnienie tętna w pozycyi pionowéj głową na dół, jako skutek oddziaływania samego serca na podniesione nieco parcie ościenne w tętnicach. Prof. Nawrocki wykazał, że te zmiany nie są następstwem oddziaływania serca, a zależą od zmian parcia ościennego w naczyniach rdzenia przedłużonego, a więc od wpływu parcia

na ośrodki nerwów błędnych znajdujące się w rdzeniu przedłużonym. Wspomnę tu także o pracy Salisburego (*The American Journal of the medical sciences*, t. II), w której zresztą autor stwierdza na ludziach, spostrzeżenia czynione już wcześniéj przez innych autorów.

Kwestyja wpływu pozycyi ciała na krążenie krwi wysuniętą została na nowo na pierwszy plan przez Salathego (*Travaux du laboratoire de M. Marey*, t. III, 1877), który zauważył, że króliki w pozycyi pionowéj głową do góry po niejakim czasie giną przedstawiając przytém cały szereg zmian w oddechaniu i tętnie. Zresztą, jeżeli zaraz po zniknięciu tętna zmienia się pozycyję i ustawia zwierzę głową na dół, to życie można uratować. Przy pozycyi pionowéj głową w dół żadnych szkodliwych wpływów nie zauważył. Te obserwacyje Salathego świadczą stanowczo, iż w układzie krwionośnym u królików, przy normalnéj pozycyi ciała, zachodzą znaczne zmiany w rozmieszczeniu krwi, którego skutki są dla organizmu bardzo szkodliwe. Zresztą każdemu znane są przypadki zemdlenia lub przynajmniéj zawrotu głowy podczas podnoszenia głowy u osób, które przez długi czas były osłabione chorobą lub w skutek operacyi uległy znacznéj utracie krwi, w ogóle u osób niedokrewnych i słabych, a nawet u osób zdrowych lecz zmuszonych pewnemi okolicznościami przez dłuższy czas zostawać w pozycyi pozioméj przy zachowaniu zupełnego spokoju. Śmierć królików przy doświadczeniach Salathego a również wymienione objawy, które można spostrzegać na ludziach, najłatwiéj można wytłumaczyć na podstawie przypuszczenia, iż w skutek zmiany pozycyi ciała naraz krew pod wpływem ciążenia usuwa się do naczyń dolnych i przez to wywoluje niedokrewność mózgu.

Z przytoczonych już wyżéj spostrzeżeń wiemy, iż jednocześnie zachodzą zmiany w tętnie, a więc *a priori* można przypuszczać, iż zjawiskom tym towarzyszą także zmiany w parciu ościenném i szybkości ruchu krwi i że właśnie na podstawie tych ostatnich zmian można do pewnego stopnia czynić wnioski o samych rozmiarach zmian w rozmieszczeniu krwi.

W tym celu w r. 1877/8 wykonałem szereg doświadczeń na zwierzętach przeważnie zatrutych kurarą, aby zbadać zmiany parcia ościennego i tętna przy rozmaitych pozycyjach ciała. Zmiany te były określone nie tylko u zwierząt normalnych, lecz także anemicznych (niedokrewność była wywołaną przez upust krwi około połowy przypuszczalnéj ilości krwi u zwierzęcia) i pletorycznych (tj. takich, do których układu naczyniowego były wprowadzane pewne ilości krwi odwłóknionéj od zwierząt innych tego samego gatunku. Rezultaty tych doświadczeń (*St. Petersburg. Medicin. Wochenschrift* r. 1878 Nr. 11 i *Wojenno-medicinskij žurnał* r. 1879), dają się streścić jak następuje. Zmiany w parciu ościenném u zwierząt zatrutych kurarą, lub będących pod narkozą (chloroform, morfin) są znaczne i w ogóle o wiele znaczniejsze niż u zwierząt bez narkozy. To samo stosuje się i do tętna, jeżeli nerwy błędne nie były uszkodzone. Dla przykładu przytoczę tu jedno doświadczenie (siódme) wymienionéj pracy.

Średnie parcie ościenne w tętnicy dogłowowéj	Tętno w ciągu 20″
A) Zwierzę normalne.	
Poziomo = 173 mm.	39
Głową w dół = 184 mm.	30
Głową do góry = 151 mm.	36
B) Po zatruciu kurarą.	
Poziomo = 102	45
Głową do góry = 93	52
Głową w dół = 172	16

Przytém w pozycyi pionowéj głową w dół, jak zresztą widać z przytoczonego przykładu, parcie po zatruciu kurarą, przynajmniéj w pierwszéj chwili, podnosi się tak znacznie, iż przewyższa nawet w tętnicy udowéj parcie, istniejące przy pozycyi poziomej. Znalazłem więc fakt, którego się nie spodziewałem, a mianowicie, że przy pozycyi pionowéj głową w dół parcie w tętnicy udowéj znajdującéj się w tym przypadku w górze nie tylko się nie obniżało, jakby to musiało mieć miejsce na mocy praw hydraulicznych, lecz wbrew tym prawom się podnosiło. Tak u wyżéj przytoczonego zwierzęcia w tętnicy udowéj po zatruciu kurarą były następujące zmiany:

Parcie w tętnicy udowéj

Poziomo	163	
Głowa do góry	122	tętnica udowa w dole
Głowa w dół	174	„ „ w górze.

Przy pozycyi więc pionowéj głową w dół przynajmniéj w pierwszych chwilach parcie podnosiło się w całym układzie tętniczym. Przy pozycyi odwrotnéj w ogóle się obniżało. Daléj zauważyłem, iż zmiany te w ogóle są mniéj znaczne przy nieuszkodzonych nerwach błędnych, niż po ich przecięciu. Zmiany więc w rytmie skurczów do pewnego stopnia zmniejszały efekt pozycyi, przynajmniéj na to wskazywały niektóre doświadczenia, w których przy pozycyi głową w dół po chwilowém podniesieniu się parcia występowało tak znaczne zwolnienie tętna, iż ostatecznie parcie było nawet niższe, niż przy pozycyi poziomej. Oczywistą więc było rzeczą, iż w regulacyi parcia ościennego przyjmuje udział nerw błędny, a raczéj ośrodki tegoż leżące w rdzeniu przedłużonym, które przy pozycyi głową w dół pod wpływem zwiększającego się parcia zwalniają czynność serca i przez to są jakby klapą zachowawczą dla naczyń mózgu, gdyż ze zwolnieniem tętna zwykle występuje obniżenie się parcia.

Zmiany w parciu ościenném u zwierząt pletorycznych były mniéj znaczne a u zwierząt anemicznych więcéj znaczne niż u normalnych, przytém w pozycyi pionowéj głową do góry zwierzęta anemiczne zwykle po niejakim czasie ginęły.

Prawie jednocześnie ze mną ogłosił rezultaty podobnych doświadczeń prof. Paszutin (*Centralbl. f. d. med. Wissenschaft* 1879 Nr. 35, 36). Doświadczenia te były wykonane częścią na schematach częścią na psach.

Jakkolwiek takie wzięcie się do zbadania téj kwestyi ze względu na to, iż schemata te są nader proste w porównaniu z układem naczyniowym, i że dotychczas autor ograniczył się tylko do dotychczasowego doniesienia, nie podając protokółów swych obserwacyj, i sposobów, za pomocą których było określane parcie, i prędkości, przeto nie będę się tutaj zastanawiał nad pierwszą częścią téj pracy, a przejdę wprost do rezultatów na zwierzętach. Tu zasługuje na uwagę, że autor uwzględniał odległości punktów, w których badano parcie ościenne, od serca i zmiany w parciu otrzymane w téj lub owéj tętnicy porównywał z tą przypuszczalną zmianą, jakaby musiała być na mocy praw hydraulicznych, tj. jeżeliby krew w układzie naczyniowym zachowywała się tak, jak jakikolwiek płyn w rurach, którym były nadawane odpowiednie pozycyje. Rezultaty téj pracy w ogóle zgadzają

się z mojemi. Różnica tylko polega na tém, iż autor nie obserwował wcale ogólnego podnoszenia się parcia w układzie tętniczym przy pozycyi pozioméj głową w dół nawet u zwierząt zatrutych kurarą lub po przecięciu rdzenia. Kwestyi téj autor poświęcił także kilka uwag w obszernym podręczniku swoim ogólnéj patologii (Lekcii obszczej patalogii część II, str. 584 r. 1881), gdzie, omawiając tę różnicę wprawdzie zaznacza, że zmiany w parciu ościenném u zwierząt z uszkodzonym układem nerwowym lub u zatrutych kurarą są bardziéj znaczne niż u prawidłowych i mogą być nawet wprost przeciwne, lecz z drugiéj w osobnym dodatku stara się dowieść, iż wynik moich badań był mylny, i że mylkę tę popełniłem w skutek poprawki przy obliczeniu parcia w tętnicy udowéj. Jakkolwiek ten ostatni zarzut nie ma podstawy, gdyż nie we wszystkich doświadczeniach, przytoczonych w wymienionéj pracy, wprowadzane były poprawki i jakkolwiek w samych słowach prof. Paszutina można znaleźć stwierdzenie wyników mojéj pracy, to jednakże powziąłem myśl jeszcze raz przerobić te doświadczenia, unikając przytém w zupełności wszelkich poprawek a zastósowując tylko odpowiednią metodę badania; zresztą niezależnie od wszelkich zarzutów ze strony prof. Paszutina zamierzałem znów wrócić do téj kwestyi w celu zbadania szybkości ruchu krwi przy rozmaitych pozycyjach, oraz bliższego poznania przyczyn, dla których u normalnych zwierząt w tych samych warunkach zmiany w parciu nie są tak znaczne jak u zwierząt zatrutych kurarą lub po przecięciu rdzenia. W obecnéj chwili zamierzam przedstawić wyniki tych nowych badań tak w stosunku do kwestyi spornéj, jak również do bliższego określenia stosunku pomiędzy krążeniem krwi a wpływem ciążenia przy rozmaitych pozycyjach ciała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Jeszcze jeden przypadek z dość bogatéj méj kazuistyki dyfterytycznéj przytoczę w celu wyjaśnienia działania leczniczego kalomelu, obecnie dość często używanego w leczeniu dyfteryi, jakoteż w celu uwydatnienia szybkiego i ogólnego działania jodoformu, który używany tylko miejscowo do zasypywania gardła wywołać może zatrucie. Kalomel, z którego wytwarza się następowo sublimat, powszechnie znany znakomity lek przeciwgnilny, nadaje się, jak już wspomniałem, do leczenia dyfteryi bardzo dobrze, szczególnie w przypadkach, w których nie możemy ciągle czuwać nad chorym i co kilka godzin pędzlować starannie innemi lekami przeciwgnilnemi wytworów błonicowych w gardle. Dla tego też leku tego, zachwalanego szczególniéj przez kol. Koszutskiego w Poznaniu, używam chętnie w przeważnéj liczbie przypadków leczonych na wsi, a chociaż mu nie przypisuję tak cudownych własności, jak kol. Koszutski, to chętnie jednak przyznaję, że lek ten jest wygodniejszym w użyciu, albowiem wystarcza 2-krotne zasypanie gardła dziennie, zwłaszcza w przypadkach łagodniéj przebiegających, dziecka zatém nie męczy się ciągłém pędzlowaniem, a i lekarz jest wolniejszym od nieprzyjemności, z jakiemi pędzlowanie gardła u dzieci, zwłaszcza niesfornych, jest połączoném. Na tém miejscu również dodać muszę tę uwagę, że w złośliwych przypadkach błonicy kalomel czy sublimat tak samo nie odnoszą zwycięztwa nad sprawą dyfterytyczną jak cały szereg innych środków zachwalanych w dyfteryi, a miałem już przypadki w leczeniu, które mimo opieki starannéj ze strony rodziców i kilku lekarzy zmieniających się kolejno co kilka godzin, bez zmiany jednak uchwalonego sposobu leczenia, w 3 lub 4 dni kończyły się śmiercią, pomimo, iż od samego początku nader troskliwie gardło wystrzykiwano rozczynem soli kuchennéj i zasypywano gardło kalomelem za pomocą odpowiedniego przyrządu. Otóż dnia 11 czerwca r. b. zawezwano mnie do 6-letniéj córeczki Ks. O. w Przewłoce pod Buczaczem, u któréj sprawdziłem zapalenie gardła z pokładami błonicowemi wybitnemi na obu migdałkach. Dziewczynka dobrze zbudowana, miernie odżywiona, nieco blada, okazywała gorączkę mierną 39·0°C., tętno 124 na minutę. Gruczoły podszczękowe miernie obrzękłe, ból przy połykaniu również w miernym stopniu. Natychmiast wystrzykałem gardło 4% rozczynem soli kuchennéj i zasypałem migdałki przywiezionym kalomelem (*Calomel, vapore parat.* 0·30 *pro dosi*) co chora bardzo dobrze zniosła. Badanie moczu nie wykryło ani śladu białka. Poleciłem matce bardzo starannie i ze zrozumieniem rzeczy chodzącéj koło choréj, aby zasypywała gardło córeczce 2 razy dziennie kalomelem w dawce 0·20 *pro dosi*, nadto 2 razy jeszcze na dobę pędzlowała pokłady dyfterytyczne resorcynem (1 : 10 spirytusu miętowego), aby czuwała nad pilném płukaniem gardła wodą wapienną z 3% kwasem borowym, wcierała co 3 godziny maść jodoformową z szaruchą złagodzoną (*Jodoformii desodor. faba toncae* 1: *Ungt cinerei, Ungt. emoll. āā* 5·00), i również co 3 godziny zmieniała okłady wysychające. Przypadek ten dyfteryi był sporadycznym i całkiem odosobnionym, albowiem podówczas ani we wsi całéj, ani nawet w okolicy przypadków prawdziwéj dyfteryi nie było. Przed tygodniem wprawdzie pojawił się we wsi o 4 kilometry oddalonéj przypadek dyfteryi nader lekki i łagodny, któryby, według Klebsa, błonicą wrzekomą nazwać wypadało, u 10-letniéj dziewczynki we dworze w R., lecz przypadek ten również sporadyczny nie pozostawał w najmniejszéj nawet styczności z niniejszym i zakończył się po 6 dniach zupełném wyzdrowieniem przy nader prostém leczeniu, t. j. płukaniu wodą wapienną, zażywaniu odwaru kory chinowéj i 4-krotném zasypaniu gardła kalomelem.

Nazajutrz znów widziałem chorą i stwierdziłem, że pokłady błonicowe rozszerzyły się i na podniebienie miękkie obejmując łuki podniebieniowe przodkowe i zbliżając się do języczka. W 2 dni późniéj ciągle wśród miernéj gorączki, pokład dyfterytyczny dość gruby zajął podniebienie miękkie wraz z języczkiem, boki przełyku, tj. migdałki i łuki podniebieniowe tylne, oraz część tylnéj ściany połyku. Mimo zatem pilnego zasypywania gardła kalomelem, pędzlowania resorcynem, płukania i wystrzykiwania, oraz wewnętrznego podawania resorcynu z chininem w dawkach po 0·20 *āā pro dosi* 3—4 razy dziennie, sprawa szybko kroczyła naprzód obejmując połyk. Ponieważ nadto chora użalała się na bóle w brzuchu i stołeczki rzadkie miały barwę zielonkowatą, przeto 5go dnia choroby po 4-dniowém użyciu kalomelu musiałem środek ten odrzucić, a zaleciłem 2 razy dziennie starannie gardło wystrzykiwać wodą wapienną czystą i zasypać gardło jodoformem sproszkowanym, którego 3·00 za-

pisałem. Po oczyszczeniu przewodu pokarmowego za pomocą olejku rącznikowego przez dni 4 zasypywano gardło małą ilością jodoformu, którego wyszło ogółem 1 ½ szkatułki po 3grm., tj. 4·5grm., a odliczając część znaczną natychmiast wypluwaną, część rozsypującą się przy wsypywaniu do przyrządu wydmuchującego lub maczaniu pędzlem, nie możemy przypuścić, aby więcéj niż połowa tego, t. j. 2·00, pozostało na błonach dyfterytycznych w gardle. Mimo tak nieznacznéj ilości użytego jodoformu, który swoją drogą nader skuteczne rozwinął działanie, przyszło do zatrucia organizmu 6-letniéj pacyjentki, choć w małym tylko stopniu. A mianowicie 8go dnia choroby osobiście zjawił się u mnie ojciec pacyjentki i ztrwożony zaczął opowiadać o wysypce, jaka u jego córeczki właśnie zrana pojawiła się i wzbudziła u nich podejrzenie, że może teraz do dyfteryi jeszcze szkarlatyna się przyplątała. Wyjaśniłem natychmiast ojcu, że o szkarlatynie żadną miarą myśleć nie można, lecz że najprawdopodobniéj mamy do czynienia z wysypką skutkiem użycia lekarstw i natychmiast się téż udałem do méj małéj pacyjentki, którą zastałem bez gorączki, ale z obfitą wysypką guziczkową, dostrzegalną szczególnie na policzkach, na grzbietach rąk, w mniejszym zaś stopniu na odnogach i na tułowiu. Na grzbietach rąk guziczki wielkości ziarnek kaszy jaglanéj i wyniosłe nad poziom skóry, barwy czerwonawéj z lekką obwódką do około, tworzyły całą grupę, ze zlewających się brzegami guziczków złożoną. Pierwsze wrażenie, jakie na mnie wysypka ta zrobiła, było to samo jak przy trądziku jodowym *(Acne jodata)*, uznałem ją téż za wysypkę jodoformową i kazałem natychmiast zasypywania jodoformem porzucić, zwłaszcza że już i gardło znacznie się oczyściło i zaledwie tylko ślady po błonach dyfterytycznych pozostały. Innych objawów zatrucia jodoformowego, jakoto majaczenia, cery ziemistéj, dreszczów, podwyższonéj ciepłoty i nadzwyczaj przyspieszonego tętna nie zauważyłem; wysypka zatém jedynie świadczyła o wessaniu jodoformu w ilości dostatecznéj do wywołania téjże i stanowiła pierwszy objaw ostrzegający przed dalszém użyciem tego znakomitego zresztą leku. Badanie jednak moczu wykryło obecnie dość znaczny ślad białka, skutkiem czego zaleciłem tylko wystrzykiwanie gardła wodą wapienną, garbnikan chinowy w winie czerwonym po 0·10 *pro dosi* 3 razy dziennie, kąpiel ciepłą z zawijaniem w koce w celu napotnym i pożywną, płynną dyjetę. Wysypka zaraz zbladła na drugi dzień, 3go zaś dnia, a 10go choroby zupełnie znikła. Białko również znikło z moczu po 5 dniach, a z końcem 2go tygodnia choroby mała pacyjentka rozpoczynała rekonwalescencyję, która szybkim krokiem postępowała. Porażeń następowych nie było wcale, a tylko mała chora uskarżała się przez kilka dni na silny ból w uszach, który jednak bez dalszych następstw ustąpił. Po oczyszczeniu się gardła widać było powierzchowną, ale wybitną utratę miąższu błony śluzowéj na podniebieniu miękkiém i migdałkach, co stanowiło dowód, że wcale głęboko w miąższu błony śluzowéj były usadowione nacieki dyfterytyczne, a złuszczywszy się pozostawiły zranienie, które aż do chwili zgojenia się zupełnego dużo bólu sprawiały naszéj choréj. Jak już powyżéj wspomniałem, innych objawów zatrucia jodoformowego prócz wysypki wybitnéj i wcale obfitéj, nie dostrzegłem u choréj, zawsze jednak okoliczność ta zasługuje na baczną uwagę, i dowodzi, że i przy zasypywaniu jodoformem gardła pokrytego błonami dyfterytycznemi, należy pamiętać o możliwości wessania jodoformu i zatrucia organizmu, skutkiem czego po kilku dniach, zwłaszcza ciągłego używania tego leku, należy ograniczyć jego ilość lub zastąpić go innym lekiem przeciwgnilnym.

Jako zaletę jodoformu w leczeniu nim dyfteryi muszę uwydatnić tę cenną jego właściwość, że szczególniéj dobre oddaje nam usługi w okresie złuszczenia się wytworów dyfterytycznych i wówczas pomaga do nader szybkiego oczyszczania się gardła. Można go zaś używać albo do pędzlowań w zawiesinie z olejkiem migdałowym, albo do zadmuchiwań za pomocą rurki z balonikiem w postaci proszku dobrze utartego i suchego, lub téż pomięszać go z sodą lub z magnezyją w stosunku 1:5 lub 1:10 i mięszaninę tę w małych ilościach zasypywać.

Na tém kończę moje uwagi nad dyfteryją, nie pochlebiając sobie wcale, abym ściśle umiejętnie i wszechstronnie kwestyje nasuwające się wyczerpnął, gdyż więcéj dorywczo mogłem przedmiotowi temu poświęcić chwile wolne od żmudnych zajęć lekarskich, lecz będę w zupełności za mą pracę wynagrodzonym, jeżeli udało mi się obudzić interes naukowy szan. czytelników, jeżeli spostrzeżenia moje uzyskają potwierdzenie z ich strony i wywołają dalszy szereg naukowych spostrzeżeń, oraz zużytkowanie materyjału, na którym nie brak w naszym kraju tak często nawiedzanym przez mordercze epidemije groźnéj téj choroby.

III. Oceny i sprawozdania.

Fr. Mosler: **O wstrzykiwaniu miąższowém rozczynu Fowlera w śledzionę powiększoną z powodu białaczki.**

Autor opisuje przypadek białaczki śledzionowéj, w któréj kilku lekarzy poleciło wycięcie śledziony. Powstając energicznie przeciwko téj operacyi w białaczce, stanowczo z powodu diatezy krwotocznéj przeciwwskazanéj, zaleca natomiast wstrzykiwanie miąższowe rozczynu Fowlera, z zachowaniem atoli pewnych niezbędnych ostrożności. Przedewszystkiém śledziona musi być twardą, zbitą, przylegać ściśle do powłok brzusznych, chory nie powinien okazywać objawów diatezy krwotocznéj, ani też charłactwa białaczką wywołanego. Poprzednio należy stosować przez czas dłuższy środki na śledzionę swoisto oddziaływające jakoto chinin, piperyn a przed i po operacyi na okolicę śledziony przez kilka godzin kłaść worki lodowe. W przypadku opisanym stosował autor wstrzykiwania miąższowe dwa razy w tygodniu po całéj strzykawce rozczynu Fowlera i doszedł bez żadnego szkodliwego oddziałania na chorego do dwudziestu jeden injekcyj. Brzeg śledziony sięgający przed wstrzykiwaniami aż do pępka oddalił się od tegoż na szerokość trzech palców. Polepszenie w odżywianiu było również wybitne. Autor leczył w podany sposób dotychczas pięciu chorych zawsze ze znaczném polepszeniem. *(Deutsch. med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 13).

Dr. Halski (Bystra).

Prof. Cantani: **Lipocardia-Asthma.**

Pod nazwą tą opisuje autor chorobę nową z następującemi objawami: Chory dostaje nagle w łóżku lub w krześle bez najmniejszéj przyczyny zewnętrznéj, trudności w oddechaniu, mianowicie zupełnie nieznacznie wzmaga się częstość oddechów oddechy stają się krótsze, aż w końcu następuje zupełny obraz duszności. Teraz znów powoli wszystkie objawy ustępują i w końcu oddechanie staje się prawidłowém. Czas trwania napadu jest zazwyczaj krótkim, najwyżéj napad trwa 2 do 3 minut. W początku choroby napady są rzadkie, wydarzają się 3 lub 4 razy na rok. Z czasem występują one coraz częściéj i pozostawiają w na-

stępstwie uczucie znużenia mięśniowego i ogólnego osłabienia a to skutkiem wzmagającej się niewystarczalności serca. Przyczyną powyższych objawów jest stłuszczenie mięśnia sercowego.

Od *angina pectoris* różni się choroba przez Cantaniego opisana tém, że w *angina pectoris* występuje w końcu bezdech, w lipokardyi dochodzi najwyżéj do duszności. Od objawu Cheyne-Stoksa różni się lipokardyja między innemi tém, że w pierwszéj zmianie oddechy wolnieją i występują w przerwach, a powtóre, że oddechanie Cheyne-Stoksa występuje tylko w przebiegu innych ciężkich zwykle śmiercią się kończących chorób.

Zadaniem leczenia jest w pierwszym stopniu wpływać na poprawę odżywienia i na wzmocnienie czynności mięśnia sercowego. Z leków wskazanemi są naparstnica, kozlek, chinin i żelazo. *(Allg. med. C. Ztg.* 1886 S. 498). *Kopff.*

Nikolaus: **O nowym sposobie odprowadzania przepuklin.** *(Repositio spontanea).*

(Dokończenie. Patrz Nr. 21)

Radzono też ostatniemi czasy wysoko ułożyć miednicę i klatkę piersiową a jednocześnie zgiąć odnogi dolne w stawach i przybliżyć je do tułowia; atoli nie trudno pojąć, iż gdybyśmy przez to nawet jak największe osiągnęli zwolnienie napięcia powłok brzusznych, nie otrzymamy w ten sposób żadnego znaczniejszego obniżenia parcia śródbrzusznego, a więc żadnéj znaczniejszéj różnicy między parciem tém a parciem istniejącém we worku przepuklinowym, a tém samém nie uzyskamy siły pociągającéj u bramy przepuklinowéj. Pomijam już zupełnie, iż przytém objętość jamy brzusznéj staje się mniejszą i że przez to do pewnego podwyższego parcia śródbrzusznego przyjść musi.

Zresztą samo zwolnienie napięcia powłok brzusznych może tylko wtedy mieć swój cel, gdy w danym przypadku przeszkodą dla odprowadzenia przepukliny nie jest wązkość kanału przepuklinowego lecz właśnie silne napięcie powłok brzusznych, a więc tylko przy bardzo szerokim kanale; gdy jednak kanał p. jest względnie wązkim, nie odprowadzimy wtedy przepukliny, choćbyśmy na nią nawet obok tego jak najsilniéj z zewnątrz uciskali. Na nic się nam w takim przypadku nie przyda samo zwolnienie napięcia ścian brzusznych, gdyż wprzód trzebaby przezwyciężyć opór, jaki stawia wązki kanał p., a tego uciskiem z zewnątrz nie dokonamy.

W takichto przypadkach, a są one bezsprzecznie częstsze ale zarazem trudniejsze, pozostaje nam dla odprowadzenia przepukliny prawie jedyny środek, t. j. pociąganie za koniec brzuszny pętli od- i doprowadzającéj względnie za pierścień przepuklinowy. Środek taki posiadamy w parciu ujemném śródbrzuszném, które zyskamy przez położenie kolankowo-pachowe.

Działanie jest następujące: W obec ujemnego parcia wewnątrz jamy brzusznéj powstaje różnica w parciu między wnętrzem jamy brzusznéj a wnętrzem kanału worka przep. Następstwem tego jest, iż treść kanału względnie worka p. zostaje wciśniętą w stronę mniejszego parcia, t. j. do jamy brzusznéj, siłą równającą się różnicy między ciśnieniem atmosferyczném a parciem śródbrzuszném. Działania tego jednak nie można żadną miarą na równi stawiać z działaniem ręki operatora, również wpychającéj treść worka p. do jamy brzusznéj; zachodzi między niemi ta istotna różnica, iż ręka operatora usiłuje wcisnąć treść worka p. z zewnątrz do kanału przepuklinowego, zabieg ten musi często pozostać bez skutku (doświadczenie z rurką kauczukową), gdy przeciwnie punktem uczepienia siły pociągającéj, wynikającéj z różnicy parcia, nie jest zewnętrzna lecz wewnętrzna brama przepuklinowa, gdyż tu jest granica różnego parcia.

Położenie kolankowo-pachowe urządza się w sposób następujący: każemy choremu klęknąć na łóżku i następnie głową, względnie pachami, spuścić się na łóżko. Uda przytém tworzą z płaszczyzną łóżka kąt prosty; za punkt oparcia służą choremu kolana z jednéj strony, a z drugiéj strony obie pachy lub téż tylko jedna pacha i to odpowiadająca stronie zdrowéj.

Działanie tego położenia można jeszcze należycie wzmocnić przez uprzednie wypróżnienie żołądka i kiszki prostéj, a wreszcie i uciskaniem na worek przepukl. od zewnątrz

Położenie takie chorego umożebnia w sposób powyżéj opisany wypróżnienie worka przepuklinowego z łatwością, jakiéj nie przysparzają jakiekolwiek zabiegi posiłkujące się uciskiem na worek przepuklinowy od zewnątrz. Nasamprzód wypróżnione zostają przez aspiracyję części jelita, najbliżéj jamy brzusznéj położone, późniéj dalsze. Równocześnie wciągnięte zostaje powoli jelito wraz z jego krezką do jamy brzusznéj.

Autor przytacza z kazuistyki swojéj 2 przypadki uwięźnięcia przepukliny wyleczone jedynie przez ułożenie chorych w sposób powyżéj opisany; w obu (jednéj p. pachwinowéj a drugiéj udowéj) próbowano wprzód w narkozie innemi sposobami odprowadzić, ale bez skutku; 1 przypadek uwięźnięcia przepukliny udowéj wyleczono układając chorą naprzemian to w położeniu kolankowo-pachowém, to w Simsa boczném; 2 przypadki inne, w których przepuklina uwięźnięta dała się odprowadzić zwykłym sposobem ale dopiero po uprzedniém kilkakrotném ułożeniu chorego w położeniach opisanych; wreszcie opisuje 2 przypadki przepuklin przyrosłych, w których wystąpiły nagle objawy niedrożności jelit a usunięte zostały jedynie pozycyjami wyż wymienionemi.

Zazwyczaj trzeba było pozostawiać chorego w tych położeniach 3 kwadranse i powtórzyć to po jakimś czasie drugi raz. Tylko raz udało się autorowi w przeciągu 20 minut odprowadzić w ten sposób przepuklinę udową uwięźniętą, dla któréj po wyczerpaniu wszelkich dotychczas używanych środków bezkrwawych miał już przystąpić do herniotomii!

Autor radzi w końcu próbować metody położenia kolankowo-pachowego w każdym przypadku inkarceracyi, któraby się nie dawała przez *taxis* szybko usunąć; położenie to bowiem wpływa korzystnie na krążenie krwi w pętli uwięźniętéj, zastój żylny przez aspiracyję zmniejsza się lub zupełnie znika i w ten sposób obrzmienie i obumarcie pętli jelita zostaje opóźnione lub zupełnie wstrzymane.

Na przypadek, gdyby położenie to było w danym przypadku z jakichkolwiek powodów przeciwwskazane, natenczas należy użyć ułożenia na boku (zdrowym) według Simsa, ewentualnie z podniesionemi krzyżami, położenia, które również sprowadza obniżenie parcia śródbrzusznego, w przypadkach wreszcie, w których repozycyja długo się przewleka, należy używać naprzemian obu tych położeń. *(Centralblatt f. Chirurgie,* 1886 Nr. 6). *Dr. Gross.*

Landesberg: **Przyczynek do nauki o jaskrze.**

Wiadomą jest powszechnie rzeczą, że w pewnych, zresztą dość rzadkich, przypadkach bezpośrednio po irydektomii wykonanéj na oku jaskrą dotkniętém wybucha ostry napad jaskry na oku drugiém dotąd zdrowém. Autor spostrzegał w pięciu przypadkach skutek irydektomii wprost przeciwny,

a mianowicie że po irydektomii wykonanéj z dobrym skutkiem na oku pierwotnie jaskrą dotkniętém nastąpiło trwałe wyzdrowienie oka drugiego, znajdującego się w okresie zwiastunów jaskry, a to bez zastósowania jakichkolwiek środków leczniczych. W obec nowości spostrzeżeń L. wahał się z ogłoszeniem i zapytywał bliższych kolegów czy czegoś podobnego nie uważali, lecz żaden z nich nie widział ani nie czytał nigdzie o przypadkach tego rodzaju, autor ogłasza je będąc pewnym że nie uległ żadnemu złudzeniu. We wszystkich tych przypadkach były według krótkiego ale szczegółowego opisu wybitne objawy cechujące okres zwiastunów, ucisk śródoczny wyraźnie podwyższony, źrenica rozszerzona i w ruchach swoich leniwa, komórka przodkowa płytka, widzenie naośne upośledzone, wrażliwość siatkówki na światło w częściach obwodowych zmniejszona, w jednym przypadku dobrowolne tętnienie tętnicy siatkówkowej, w innych występujące przy lekkim ucisku na oko. Równie wybitne były po większéj części objawy podmiotowe jak mgła, widzenie barw i zjawisk świetlnych. Po wykonaniu irydektomii na oku pierwotnie dotkniętém ustępowały te objawy we wszystkich przypadkach szybko już zaraz w pierwszych dniach. Bystrość wzroku podniosła się w pierwszym przypadku z $^{15}/_{20}$ na $^{15}/_{15}$, w drugim z $^{15}/_{30}$ na $^{15}/_{15}$, w trzecim z $^{15}/_{30}$ na $^{15}/_{20}$, w czwartym nie mógł autor zbadać V ale znalazł ją później prawidłową, w piątym podniosła się z $^{10}/_{15}$ na $^{10}/_{12}$. Na tém oku wystąpiły po 13 miesiącach (wkrótce po nawrocie cierpienia na drugiém operowaném oku) na nowo objawy zwiastunowe, ale znikły bez śladu po wykonaniu sklerotomii na drugiém oku. Pomyślny wpływ operacyi jednego oka na drugie trwał aż do wyjazdu autora z Nowego-Yorku, a mianowicie $8^1/_2$, prawie 8, 5, 5 i prawie 5 lat. Autor w końcu sam podnosi wątpliwość czy miał do czynienia z przypadkowym zbiegiem okoliczności, lub też czy irydektomija wywiera w pewnych przypadkach w sposób sympatyczny pomyślny skutek na powstającą jaskrę oka drugiego. (*Centralblatt f. Augenh.* kwiecień 1886). *Rydel.*

Drowie R. Otto i W. Koenig w Dalldorf: **O działaniu uretanu w chorobach umysłowych.**

Dr. Otto zadawał uretan u kobiet z niedołęztwem porażennem, epileptycznych i u dzieci idiotycznych w rozczynie wodnym, u dorosłych w dawce od 2—8 i 12 gramów, u dzieci od pół do 3 gramów. W przypadkach niedołęztwa porażennego z podnieceniem szałowém na 67 dawek od 2-do 4-gramowych miał skutek zadowalający tylko w połowie przypadków; u epileptycznych z przygnębieniem lekkiém i uczuciem lęku miał pomyślniejszy skutek, albowiem 77% na 55 dawek, skutek był w stosunku do zwiększania dawki pomyślniejszy, bo przy dawce 2-gramowéj 58%, przy dawce zaś 6%, 83% dawało dodatni rezultat. Od użycia dawek większych wstrzymywały atoli przykre objawy następowe. U dzieci idiotycznych na 113 dawek okazał się skutek zadowalający w 91%. W niedołęztwie schyłkowém, pomięszaniu umysłu ostrém z halucynacyjami w razie towarzyszącego silnego podniecenia lub uczucia lęku dawki 3—6-gramowe nie skutkowały ani w połowie przypadków.

Z ubocznych objawów występowały przy użyciu większych dawek nudności, wymioty, utrata apetytu, wreszcie i wstręt do tego leku, pomimo że smak nie jest przykry.

Próby porównawcze z chloralem (2 gr.) i z paraldehydem (6·0) u tych samych chorych przedsiębrane, okazały rezultat dla uretanu niekorzystny. Skutek bowiem nawet większych dawek uretanu był gorszy, a chorzy sami przekładali użycie paraldehydu pomimo smaku przykrego, ponieważ nawet przy dłuższém użyciu jego i to w większych dawkach nie doznawali tych przykrych objawów, które pojawiały się po uretanie.

Działanie przeto uretanu w dawkach nawet większych w niedołęztwie porażennem u kobiet jest wątpliwego skutku, u epileptycznych zaś z przygnębieniem i lękiem zadawać zaleca w dawkach 2 do 4gramowych; od wyższych zaś dawek odradza z powodu następowych objawów. Głównie atoli radzi używać go u dzieci idiotycznych, tém więcéj, że nawet i większe dawki dobrze znoszą.

Na oddziale mężczyzn Dr. Koenig zadawał uretan w dawkach odpowiednich do stopnia podniecenia, z tym samym rezultatem co i u kobiet. Brak apetytu, nudności, wymioty występowały już po kilku lub kilkunastodniowem użyciu, a raz nawet pojawił się stupor. K. dochodzi do wniosku, że dawek 3—4 gramowych próbować można u porażeńców z małém podnieceniem, w wyższych stopniach podniecenia uretan zawodzi, a nadto sprowadza katar żołądka i z tego powodu oddaje K. pierwszeństwo paraldehydowi, który nawet w dawkach większych (10·0) podawać zaleca (*Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie.* 1886, Nr. 10). *Dr. Żuławski.*

Dr Rottenbiller (z Budapesztu): **O działaniu uretanu wstrzykiwanego podskórnie.**

Wysoka cena leku jakoteż i okoliczność, że tylko większe dawki sprowadzały sen kilkogodzinny; większych zaś dawek chorzy nie znosili dobrze, skłoniły autora do użycia podskórnego tego leku. Używał rozczynu 30% i wstrzykiwał jednę do trzech strzykawek. Doświadczenia wykazały, że po zastrzyknięciu 1 do 3 strzykawek po 0·25 występował sen 6 do 8 godzin trwający. W ten sposób potrzebował R. zaledwie czwartą część tego, co zadawał przez usta choremu. Ubocznych jakich objawów, tak w miejscu injekcyi, jakoteż i ogólnych nie zauważył. (*Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie*, 1886, Nr. 10). *Dr. Żuławski.*

Liman: **Przyczynek do badania plam krwawych.**

W przypadku morderstwa Sąd przesłał Limanowi surdut obwinionego, na którym znajdowały się z przodu plamy rozległe, podejrzane. Obwiniony tłumaczył się, że te plamy, wprawdzie krwawe, ale dawne, bo pochodzące z kłótni, która miała miejsce w lutym 1885, a gdy w skutek tego zajścia został aresztowany i w więzieniu pozostawał do 20 października, surdut jego już nie uległ więcéj powalaniu. Sądowi więc zależało na tém, aby otrzymać odpowiedź na pytanie, czy plamy owe są krwawemi, czy one rzeczywiście są dawnemi, a więc od lutego 1885 istniec mogącemi i czy nie ma na surducie plam świeżych pochodzić mogących od morderstwa, które nastąpiło d. 3 listopada. Jak wszystkie suknie więźniów, tak i surdut w mowie będący, czyszczony był w więzieniu tak po przyjęciu, jakoteż i przed wyjściem więźnia, i to za pomocą szczotki i przez prasowanie żelazkiem; dozorcy atoli nie umieli stanowczo podać, czy śród tych manipulacyj spostrzegli jakieś plamy na surducie.

W plamach tych L. był w stanie wykazać poszczególne ciałka krwi po rozwilżeniu w 32% ługu potasowym oraz kryształki heminowe. Próba widmowa nie powiodła się, ponieważ nie zdołano rozpuścić w wodzie plam na wyciętych kawałkach sukna. Plamy więc niewątpliwie pochodziły ze krwi.

Mając płótno powalane krwią kobiety, zamordowanéj w listopadzie, postanowił L. porównać rozpuszczalność plam jednych i drugich. W rozczynie arszeniku (1:120) krew zamordowanéj rozpuściła się szybko, krew zaś na surducie jeszcze po upływie 8 dni nie była rozpuszczoną. Tak samo

przedstawiała się rzecz z nasyconym roztworem sinku potasu, ponieważ jednak w roztworze tym i stare plamy krwawe rozpuszczają się szybko (nawet plamy od lat wielu istniejące), ponieważ następnie i na widmie próba ta dała wynik ujemny, nawet po dodaniu siarczku amonu, rzecz stała się nieco uderzającą. L. chcąc sobie wytłumaczyć ten wynik ujemny, odciął kawałek sukna ze surduta, na tymże wywołał 2 plamy krwawe świeże, a po upływie 3 tygodni udał się z têm suknem do krawca i kazał jednę z plam przeprasować w sposób zwykły, poczém poddał obie plamy próbie za pomocą roztworu sinku potasu. Tym razem pokazało się, że plama nie prasowana rozpuściła się w przeciągu 24 godzin, podczas gdy prasowana przez tygodnie pozostała nierozpuszczoną; to téż roztwór pierwszy przedstawiał na widmie cechujące smugi hemoglobinowe, podczas gdy roztwór drugi znów dawał wynik ujemny. Ztąd wniosek dozwolony, że nierozpuszczalność plam na surducie była następstwem prasowania, to jest, że gorąco wywarło wpływ ścinający i zamieniło hemoglobinę w odmianę nierozpuszczalną; orzeczenie więc opiewało, że krew na surducie starszéj jest daty aniżeli 3 listopada i że do plam dawnych nie przybyły świeże, ponieważ one byłyby się rozpuściły, jeżeli surdut po raz ostatni był prasowany przed wyjściem obwinionego z więzienia. (*Virchows Archiv*, T. 104, zeszyt 2i).

(Przypadek ten jest dosyć ciekawy, ponieważ poucza, z jakiemi komplikacyjami lekarz sądowy może mieć do czynienia i jak wielkiéj trzeba staranności i sumienności, aby nie wydać sądu pospiesznego i zbyt stanowczego. Przedewszystkiém potrzeba czasu i cierpliwości, aby w przypadkach wątpliwych za pomocą umyślnie wykonywanych doświadczeń dochodzić prawdy. Dziwić się tylko wypada, że prof. L. posługuje się jeszcze próbą arszenikową Pfaffa, która żadnéj nie ma wartości, pomimo, że sam w dziele swojém uznaje ją za niepewną). *L. Blumenstok.*

Prof. T. Zaaijer (w Leydzie): **O zachowaniu się zwłok osób zmarłych z otrucia arszenikiem.**

W połowie grudnia roku 1883 uwięziono żonę robotnika fabrycznego Maryję van der Linden w Leydzie z powodu, że na nią padło podejrzenie o otrucie trzech członków swojéj rodziny. Niebawem okazało się, że te otrucia były już ostatnim aktem całego szeregu otruć, których obwiniona dopuściła się od roku 1869. Niniejsza sprawa sądowa nastręczyła prof. Zaijerowi sposobność zbadania 16 zwłok, rzekomo ofiar zbrodniczych zamachów trucicielki. Wszystkie te zwłoki ekshumowano po upływie kilku dni lub nawet lat kilkunastu, badania chemiczne podjęte przez prof. van der Bourg wykazały w 14 arszenik, stan zwłok przedstawiał się rozmaicie a w przypadkach, w których badanie chemiczne nie wykazało arszeniku, napotkał Z. typową mumifikacyję, podczas gdy nie spostrzegał téj zmiany na zwłokach, które arszenik zawierały. Okoliczność ta skłoniła go do badań celem przekonania się, czy ogólnie obecnie przyjęte zdanie, że obecność arszeniku w zwłokach sprzyja mumifikacyi, polega na spostrzeżeniach nieuprzedzonych lub nie.

Oprócz przypadków wspomnianych przytacza Z. jeszcze dwa inne z własnego doświadczenia i zestawia z literatury nowszéj 60 opisów innych autorów. Uwagi swoje i wnioski wysnute na podstawie tego materyjału poprzedza historyczną wzmianką o mumifikacyi naturalnéj i sztucznéj i o przebiegu gnicia zwłok. Zdanie Zacchijasza, że szybki rozkład świadczy o têm, że trucizna podaną była wewnętrznie, ma tylko znaczenie historyczne, stoi zresztą w rażącéj sprzeczności z têm, co autorowie najnowsi utrzymują o działaniu arszeniku, to jednak musi uderzyć, że zdanie Zacchijasza utrzymywało się jeszcze w pierwszéj połowie b. stulecia właśnie co do arszeniku, który miał przyspieszać gnicie. Nagłego zwrotu w zapatrywaniach dowodzi pomieszczenie arszeniku w spisie środków, używanych do mumifikacyi sztucznéj czyli tak zwanego balsamowania zwłok. Z owych 60 spostrzeżeń innych autorów wynika stanowczo, że arszenik wprowadzony do organizmu za życia nie powstrzymuje wcale pierwszych oznak gnicia zwłok. Z pośród innych przykładów zdoła już poniżéj przytoczony wskazać, że zdanie powyższe jest uzasadnione. Badano w przypadku sądowym troje zwłok pogrzebanych tuż obok siebie a więc prawie w całkiem jednakich warunkach: zwłoki ojca, matki i córki. W zwłokach ojca i córki wykryto arszenik, w zwłokach matki, któréj przyczyna śmierci nie ulegała wątpliwości i nie była stanowczo śmiercią z otrucia tym przetworem. Zwłoki te przedstawiały prawie ten sam stopień zguilizny. Ojciec umarł przed $6\frac{1}{2}$ latami, córka przed 8, a matka przed 9 laty. Gaulke znów podaje, że po upływie lat 8 zwłoki odgrzebane były lepiéj utrzymane niż inne po upływie lat 4, jakkolwiek w pierwszych nie było ani śladu arszeniku a drugie pochodziły z człowieka otrutego.

Nie podobna zapuszczać się tutaj w rozbiór przypadków dokładnie opisanych przez Zaaijera, dodać jednak musimy, że wnioski, któremi pracę swoją kończy, są logicznie wysnute ze zmian, jakie opisał a wnioski te są następujące: 1. Mumifikacyja zwłok zdarza się bardzo często. 2. Doświadczenie wskazuje, że zwłoki niezawierające arszeniku a znajdujące się w takich samych warunkach co zwłoki, w których arszenik wykryć można, utrzymują się jednako i w odpowiednich warunkach mumifikują. 3. Częste względnie napotykanie mumifikacyi skóry na klatce piersiowéj i brzuchu, na stawach i palcach, snadnie wytłumaczyć można bez uciekania się do działania ochronnego arszeniku. 4. Mumifikacyi, którąby wyłącznie na karb działania arszeniku kłaść należało, nie ma wcale (a stanowczo nie dla dawek trujących). 5. Mumifikacyja zwłok nie ma pod względem sądowo-lekarskim żadnego znaczenia. (*Viertelj. f. ger. Med.* T. 44 str. 249).

Dr. Schaitter.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 21 kwietnia 1886.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 14.

1) Przewodniczący odczytał pismo kol. Cybulskiego, którém tenże zaprasza członków Tow. lek. do swéj pracowni fizyjologicznéj celem okazania nowych przyrządów graficznych.

2) Kol. Adamkiewicz wygłosił rzecz „o nowym sposobie leczenia nerwobólów za pomocą znieczulenia miejscowego“, przyczém okazał przyrząd własnego pomysłu do tego służący, zwany elektrodą dyfuzyjną. (Rzecz ta została ogłoszoną w Przeglądzie Lek.). W dyskusyi podnosi kol. Cybulski znieczulające własności kataforezy wodnéj i zapytuje o dane porównawcze między ostatnią a chloroformową. Prelegent odpowiada, że w dobie obecnéj nie może udzielić pod tym względem stanowczéj opinii, nie wyczerpał bowiem całego szeregu doświadczeń z rozmaitemi środkami jakie badać zamyśla. Zabierali nadto głos koll. Obaliński i Prus. *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 28 kwietnia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 29. Jako gość Dr. Klemens Dębicki z Iwonicza.

Kol. Cybulski okazał i objaśnił nowe przyrządy graficzne do badań fizyjologicznych. *Dr. Dobruchowski.*

Posiedzenie z d. 5 maja 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 14. Jako goście Dr. Kretowicz z Karlsbadu i Dr. Skórkowski z Król. Pol.

1) Kol. Mikulicz okazał wyłuszczoną przez pochwę macicę, w któréj nowotwór rakowy zajął tylko dno tego organu. Nadto przytoczył kilka szczegółów rozpoznawczych oraz techniki operacyjnéj.

2) Kol. Pieniążek mówił „o postępowaniach przy zwężeniach lub zetkaniach dróg oddechowych w przebiegu krupu po tracheotomii występujących", przyczém przedstawił rozmaite narzędzia używane do zdejmowania błon krupowych w tchawicy i oskrzelach. W dyskusyi brali udział koll. Murdzieński, Obaliński, Mikulicz i Zaremba.

Dr. Dobruchowuki.

V. Kilka uwag nad wynagrodzeniem lekarzy sądowych w Austryi i w innych państwach.

Gutta cavat lapidem . . . .

Z górą lat 30 minęło od zaprowadzenia w Austryi taryfy z dnia 17 lutego 1855 normującéj należytości za spełnianie trudnych obowiązków sądowolekarskich; a chociaż przeciąg lat 30 nie odgrywa czasem znacznéj roli w rozwoju narodów i niektórych gałęzi wiedzy ludzkiéj, to jednak w wieku 19ym, w wieku olbrzymiego postępu i cudownych wynalazków, krótki ten przeciąg czasu zaznaczył się szczególniéj w zakresie nauk lekarskich tak ogromnym przewrotem i jest obfitym w tak ważne odkrycia i wynalazki, że taryfa powyższa stanowić może obecnie tylko starożytny pomnik świadczący zaledwie o zaraniu rozwoju najważniejszych działów medycyny. Jak dalece taryfa ta jest przestarzałą i wzbudzającą uśmiech pełen ironii u każdego obeznanego z rozwojem nauki lekarskiéj w ostatnich lat dziesiątkach, niech posłuży przykład następujący.

Z powodu pobicia uskarżał się badany na niedowidzenie, a badanie w celu wyświecenia sprawy wymagało koniecznie użycia wziernika ocznego. Za dokonanie téj czynności i wydanie wyczerpującego orzeczenia zażądał lekarz sądowy w mieście powiatowém X. wynagrodzenia w kwocie 5 złr. w. a. Naczelnik Sądu powiatowego przyznał jedynie 1 zła. 5 ct. za zbadanie i orzeczenie świadczące o lekkiém uszkodzeniu ciała, tłumacząc się, że nigdzie w taryfie nie ma wyszczególnionéj należytości za badanie wziernikiem ocznym. I słusznie, z tą tylko różnicą, że taryfa z r. 1855 nie mogła zawierać szczegółów dotyczących tak ważnego badania narządu wzrokowego, gdyż wziernik oczny, chociaż w r. 1851 wynaleziony, dopiero jednak w latach następnych został wprowadzonym w użycie, skutkiem czego nauka o chorobach ocznych doznała radykalnéj reformy, zwłaszcza w dziale chorób naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Podobnież ma się rzecz z badaniem narządu słuchowego i wielu innych organów, a w końcu czyż przewrot w chirurgii skutkiem zaprowadzenia opatrunku przeciwgnilnego i znakomitego oddziaływania tegoż na proces gojenia się ran, olbrzymi postęp w wykonywaniu operacyj, wymagający jednak znakomitego uzdolnienia i należytéj rutyny ze strony lekarzy, również nie powinien być odpowiednio uwzględnionym w dziale II taryfy, zawierającym należytości za czynności lekarskie przedsięwzięte z polecenia sądowego?

Nie zamyślam zapuszczać się w drobne szczegóły téj arcynielogicznéj i strupieszałéj taryfy z 17go lutego 1855 r. Nr. 33 Dz. u. p., obliczającéj jeszcze należytości za czynności sądowolekarskie na monetę konwencyjną, gdyż każdy z czytelników aż nadto pewnie dobrze zna jéj postanowienia, budzące uśmiech politowania i zniechęcenia zarazem. Chcę tylko uwydatnić najważniejsze jéj punkty.

I tak taryfa należytości za czynności sądowo lekarskie rozpada się na dwa główne działy, t. j. I na należytości za czynności ściśle sądowolekarskie, i II na należytości za czynności lekarza, chirurga, tudzież czynności położnicze z polecenia sądowego przedsięwzięte.

Dział pierwszy rozróżnia znów czynności w sprawach cywilnych i w postępowaniu karném, postępowanie zaś karne zawiera postanowienia w razie dokonania zbrodni lub téż występku albo przestępstwa. Działy te z drugiéj strony zawierają szczegółowe oznaczenia należytości za różne czynności sądowo lekarskie, a sprzeczność między należytościami za jedne i te same czynności jest tak wielką, że należytość jest dwa razy większą, jeżeli czyn karygodny jest zbrodnią, aniżeli jeżeli jest przestępstwem. Gdzież tu zastósowanie logiki? Cóż to może lekarza obchodzić, że czyn jeden w pewnym przypadku poczytywany bywa za zbrodnię, w drugim przypadku zaś za występek lub przestępstwo? Czyż sąd nie wymaga od lekarzy téj saméj ścisłości w orzeczeniu, tego samego bardzo logicznego kombinowania wszelkich odkrytych zmian chorobowych w ustroju bez względu na to, czy to jest zbrodnią lub czy téż jestto tylko przestępstwem? Np. za badanie matki w razie spędzenia płodu wymierza taryfa należytość 2 zła. 10 ct. (2 zła. mon. konw.), a za badanie położnicy w razie zatajenia porodu tylko 1 złr. 5 ct.; za badanie trucizny użytéj do otrucia oprócz wynagrodzenia za użyte środki badawcze należy się 4 złr. 20 ct., a za badanie trucizny znalezionéj u kramarza w razie nawet rozciąglejszego badania należy się od 1 złr. 5 ct. do 2 złr. 10 ct.; za badanie lekkiego obrażenia ciała należy się tylko 1 złr. 5 ct. chociażby uszkodzeń było mnóstwo, z których każde musi być z całą dokładnością opisane i wyszczególnione, a za badanie ciężkiego uszkodzenia ciała, np. głębszéj rany lub złamania kości, dającego bardzo często daleko mniéj do pracy i dyktowania protokólu, należy się podwójna należytość. I tak na każdym kroku spotykamy w taryfie omawianéj dowolne wybryki fantazyi lub co najmniéj pozbawione konsekwencyi i logiki postanowienia, przynajmniéj pod względem sądowolekarskim.

I któż się może w obec tego rodzaju postanowień dziwić, że najlepsi lekarze, dający największą gwarancyję w spełnianiu tak ważnych zadań dla całego społeczeństwa zostającego pod opieką prawa, o ile tylko mogą, usuwają się od spełniania żmudnych i trudnych obowiązków lekarza sądowego, że do wykonywania tych czynności z tego powodu powoływani bywają chirurgowie, pobierający nawet tylko połowę z powyżéj wyszczególnionych należytości i młodzi lekarze wstępujący dopiero w świat, częstokroć dopiero uczący się praktycznie medycyny sądowéj, kryjącéj nieraz tyle ważnych zagadnień; a starsi, doświadczeńsi, spełniają obowiązki lekarzy sądowych, chyba tylko, gdy są zmuszeni przez swe stanowisko urzędowe lub swą pozycyję w różnych stronach kraju, albotéż niedbając o wynagrodzenie, pociągani bywają przez zajmujące nieraz pod względem naukowym szczegóły przypadków sądowolekarskich.

Zastanówmy się teraz nad wynagrodzeniami najważniejszemi, bo należytościami za dokonywanie sekcyj i wydawanie orzeczeń na podstawie zmian wykrytych przy pośmiertnych oględzinach zwłok?

Otóż za sądowe otwarcie zwłok ustanawia taryfa należytość w kwocie 3 zła. 15 ct. w. a., a w przypadkach zgnilizny dochodzącéj do najwyższego stopnia przyznaje jeszcze dodatek w kwocie 2 zła. 10 ct. w. a., t. j. razem 5 złr. 25 c. w. a., oczywiście wraz z szczegółowo opracowaném orzeczeniem, za które tylko w nadzwyczajnie rzadkich razach można żądać osobnéj należytości, a przyznanie jéj przez oddział rachunkowy przy władzach sądowych nader wyjątkowo tylko się zdarza. Najwyższa zatém należytość, jaką można osiągnąć za dokonanie sekcyi zwłok w najwyższym stopniu zgniłych, dochodzi do 7 złr. 15 ct., co jednak jest nadzwyczajnie szczęśliwym trafem, zazwyczaj zaś wynosi ona zaledwie 3 zła. 15 ct., gdyż i ocenianie stopnia zgnilizny należy nie do lekarza, lecz sędziego śledczego (o ironijo!) a częstokroć przytrafia się, że z powodu zgnilizny nie można oddać stanowczego orzeczenia o przyczynie śmierci, oddział rachunkowy jednak wykreślił należytość dodatkową za zgniliznę, albowiem mimo bijących w oczy szczegółów protokółu sekcyjnego sędzia śledczy nie chciał lub zapomniał wpisać klauzulę poświadczającą najwyższy stopień zgnilizny.

Przypatrzmy się teraz, jakie należytości ustanawia taryfa w Niemczech za czynności sądowolekarskie! Otóż postanowieniem z 9 marca r. 1872 należy się za wykonanie sekcyi zwłok talarów 4 czyli 7 zła. 20 ct., a osobno za orzeczenie wyczerpujące od 2—6 talarów, czyli od 3 złr. 60 ct do 10 złr. 80 ct., tak że należytość za sekcyję z orzeczeniem wynosi co najmniéj 10 złr. 80 ct., a dochodzi do 18 złr. w. a., i to jeżeli trup był świeżym. Jeżeli zaś trup leżał 6 tygodni w ziemi lub 14 dni w wodzie, należytość za obdukcyję zwłok wynosi już 8 talarów czyli 14 złr. 40 ct., a dodawszy do tego orzeczenie wzrasta ona od 18złr. do 25 złr. 20 ct. Jakżeż niepokaźnie w obec téj sumy wygląda najwyższa, wyjątkowa należytość 7 złr. 35 ct., według taryfy austryjackiéj stanowiąca mniéj niż $^1/_3$ należytości niemieckiéj.

Za jakiekolwiek badanie chemiczne sądowolekarskie lub policyjne ustanawia taryfa niemiecka co najmniéj 4 do 25 talarów, podczas gdy taryfa austryjacka rozpoczyna od $52^1/_2$ centa dochodząc do 10 zła. 50 ct. w. a., a dopiero w r. 1874 ministerstwo sprawiedliwości rozporządzeniem z dnia 30 czerwca tegoż roku dało się nakłonić, w skutek zabiegów najwyższéj rady sanitarnéj, do podwyższenia taksy za badania chemiczne, ustanawiając za badanie żołądka i jelit należytość w kwocie 35 złr., innych wnętrzności 40 zła., resztek ciała wydobytego z ziemi 45 zła., wymiocin, kału i resztek potraw 18 złr., napojów, używek i środków toaletowych 15 złr., moczu 10 złr., plam krwawych 5 złr., a innych rzeczy od 5 do 10 złr. w. a.

Inne jednakowoż postanowienia taryfy z dnia 17 lutego 1855 nie doznały najmniejszéj zmiany, co więcéj nawet ministerstwo sypiące hojną ręką 80 milijonów na podniesienie przedsiębiorstw zkrachowanych w r. 1873, postanowiło część wyrzuconych milijonów zaoszczędzić na taksach sądowolekarskich, i rozkazało lekarzom przy odbywaniu komisyj gnieździć się w 5 osób na jednéj podwodzie, lub też, jak to się w okolicach górskich aż nazbyt często zdarza, piechotą piąć się na szczyty gór, z narażeniem życia lub całości członków, przebywać rwące strumienie i przepaściste drogi bez jakiegokolwiek innego wynagrodzenia prócz lichéj dyjety w kwocie 3 złr. 50 ct. a 2 złr. dla chirurgów, którato należytość po miesiącach, w razie szczęśliwego załatwienia rachunku, otrzymana ma hojnie wynagrodzić stratę czasu i wysilenia przez lekarzy poniesione. (C. d. n.).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 41·2. Z błonicy umarło 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z róży 2 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospianki, 1 płonicy, 1 duru brzusznego, 5 duru osutkowego, 2 duru powrotnego (z Podgórza), 2 róży. W tygodniu od 2—8 maja umarło z ospy: W Wiedniu 3, w Pradze 6, w Zurychu 5, w Paryżu 4, w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2, w Odesie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 8. Z cholery umarło w Wenecyi 21. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 9, w Pradze 10, w Londynie 9, w Paryżu 10, w Petersburgu 20. Z odry umarło: w Pradze 11, w Berlinie 10, w Londynie 39, w Paryżu 30, w Petersburgu 42. Z płonicy umarło: w Paryżu 8, w Londynie 6, w Petersburgu 28. Z błonicy umarło: w Warszawie 8, w Berlinie 28, w Wiedniu 16, w Paryżu 36, w Londynie 17, w Petersburgu 9 Z krztuśca umarło: w Paryżu 19, w Londynie 87.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,5; w Brodach 33,1; w Drohobyczu 49,5; w Kołomyi 32,6; w Przemyślu 29,4; w Stanisławowie 33,1; w Tarnopolu 34,9; w Tarnowie 38,8; w Czerniowcach 28,6; w Warszawie 26,7; w Poznaniu 22,8; w Budapeszcie 38,1; w Pradze 35,9; w Wiedniu 31,1; w Berlinie 23,4; we Wrocławiu 30,0; w Gdańsku 25,4; w Dreźnie 24,1; w Kolonii 22,9; w Lipsku 17,7; w Mnichowie 33,8; w Strasburgu 33,9; w Bazylei 21,3; w Brukseli 28,9; w Chrystyjanii 18,7; w Genewie 24,5; w Kopenhadze 22,5; w Londynie 18,7; w Odesie 29,9; w Paryżu 26,5; w Petersburgu 42,8; w Stokholmie 23.7; w Wenecyi 37,2; w Zurychu 33,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 maja. Od kilku tygodni panuje w Krakowie mała epizoocyja wścieklizny; od początku kwietnia bowiem sprawdzono 11 przypadków u psów, a przed kilku dniami pies pokąsał czworo dzieci; na nieszczęście psa tego ubito, tak że nie ma pewności, czy on był chorym lub nie, jakkolwiek fakt, że w ciągu jednego dnia rzucił się na kilka osób, przemawia bardzo za wścieklizną. W obec słusznego zaniepokojenia mieszkańców pocieszającą jest rzeczą, że Magistrat bardzo energicznie wziął się do rzeczy, pod surowemi karami nakazując zaopatrzenie psów w kagańce. Rozchodzi się tylko o energiczne przeprowadzenie zarządzonych środków ostrożności; pod tym atoli względem nie jesteśmy wolnymi od obawy, ponieważ spotykamy się po mieście z psami biegającemi bez kagańców, a na plantacyjach i w lokalach publicznych również zdarza się widzieć jeszcze tu i owdzie psa, używającego wszelkiéj swobody, a strażnicy plantacyjni dotąd zadowalają się odganianiem psów, nie mając dotychczas upoważnienia do surowszego postępowania. Czyż mamy czekać, aż więcéj będzie ofiar? Jedna z ofiar dziś wyjechała do Paryża, celem poddania się szczepieniu u Pasteura.

* W téj saméj sprawie otrzymujemy wiadomość następującą od weterynarza miejskiego:

Od 1go stycznia b. r. do 25 maja sprawdzono 8 przypadków wścieklizny u psów a w 3ch podejrzenie wścieklizny. Z tych 8 psów zostało złowionych i za życia i po śmierci badanych, 3 zaś dostały się po zabiciu do sekcyi. Z obserwowanych 5ciu psów było dotkniętych gwałtowną a 3ch cichą wścieklizną. Psy dotknięte gwałtowną wścieklizną żyły 4—5 dni, cichą zaś od 2—3 dni. Najczęstsze przypadki wścieklizny pojawiły się w miesiącu kwietniu i maju. Co się tyczy płci, to z ogólnéj sumy 11, było samców 10, a tylko jedna suka; co do rasy to 4 psy były gończe, 3 szczurołapy, 1 charcik a reszta bastardy psie. Zmiany przy sekcyi znalezione nie przedstawiały nic charakterystycznego i oprócz stale natrafionych obcych ciał w żołądkach, jak szmat, trzasek, słomy, ziemi i piasku oraz ciemnowiśniowego zabarwienia błony śluzowéj żołądka i dwunastnicy, zaczerwienienia błony śluzowéj gardziela i krtani, przekrwienia opon mózgowych, innych zmian wykazać nie było można. Wspomnieć jednak należy, że ani razu nie napotkano powiększonéj lub guzowato obrzękłéj śledziony, towarzyszącéj zwykle wściekliźnie, która odznacza się niesłychaną zaraźliwością a psy dotknięte

wielką złośliwością i zajadliwością. Ta forma wścieklizny znana pod nazwą wścieklizny wąglikowéj (*Milzbrandwuth*) opisana pierwotnie przez Pillwaxa (w *österr. Vierteljahresschrift für wiss. Thierheilkunde*) pojawiła się w Krakowie w r. 1876 (patrz Przegląd Lekarski z r. 1876, Nr. 53). Ludzi pokąsanych zostało 7ro 22 bm., przeważnie dzieci przez psa, u którego z powodu nie obserwowania za życia tylko w wysokim stopniu podejrzenie sprawdzić było można. Pokąsani byli natychmiast leczeni a mianowicie u 6 wypalono rany Paquelinem a jednemu kamieniem piekielnym. Jeden z pokąsanych chłopiec 6-letni udał się do Pasteura. Psów pokąsanych było 29, z których wszystkie w myśl § 35 ust. z dnia 29 lutego 1880 r. D. U. p. Nr. 35 zabite zostały. Celem stłumienia zarządzono środki ostrożności w powołanéj ustawie zawarte. *Dr. A. Walentowicz.*

(*K.*) W ostatnich czasach dosyć często spotkać się można z pieczęciami niemieckiemi, jakich używają nasi pp. aptekarze. Mamy pod ręką receptę wystawioną dnia 9 września 1885 przez Dra Hankiewicza Nr. 1601 z sygnaturą polską a z stampilíją niemiecką „L. Podgórski. Apotheker in Żołynia (Galizien)“. Zwracamy uwagę pp. aptekarzy, że postępowanie takie jest co najmniéj — nie właściwe.

* W Cieplicach czeskich do d. 21 maja było gości 631, w Giesshüblu 14.

* Dzieła zbiorowego *Biographisches Lexicon der hervorragenden Aerzte* wychodzącego pod redakcyją Gurlta i Hirscha a nakładem Urbana i Schwarzenberga w Wiedniu pojawiły się zeszyty 29 i 30 (koniec tomu III) oraz zeszyty 31—34, mieszczące w sobie bijografije lekarzy począwszy od Laacha aż do Morsellego. Pośród licznych życiorysów znajdujemy wzmianki mniejsze lub obszerniejsze o następujących lekarzach polskich: Lachowiczów Ludwika i Antoniego, Landowskich, Laskowskiego, Latoszyńskiego, Lebruna, Lessera, Levittoux, Lewkowicza, Łopackich, kilku z Łowicza i z Lublina, Łuczkiewicza, Łukaszewskiego, Maciejowskiego, Madurowicza, Majera, Majewskiego, Malcza, Malińskiego, Marcinkowskiego, Markiewicza, Markowskiego, Mateckiego, Mianowskich, Mierzejewskich, Mikulicza i Minkiewicza.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Dr. Paweł Wagner, syn profesora kliniki i asystent prof. Thierscha, habilitował się jako docent chirurgii. — Prof. anatomii patolog. Birch-Hirschfeld zachorował ciężko skutkiem zarażenia się na trupie. — **Jena.** Lekarz sztabowy Dr. Gärtner z Ces. Urzędu zdrowia powołany tu został na prof. higijeny.

* **Odznaczenia.** Cesarz rosyjski udzielił Pasteurowi order św. Anny 1 kl. w brylantach, Robinowi order św. Anny 2éj kl., Grancherowi i Terrillonowi order św. Stanisława 2éj kl. Również król rumuński i cesarz brazylijański udzielili Pasteurowi wysokie ordery.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Antoni Ślączka z Brzozowa w Galicyi, Zygmunt Aschkenasy z Krakowa i Aleksander Gawroński z Pińczowa w Król. Polskiém.

* **Nekrologija.** D. 7 maja umarł w Netley lekarz sztabowy i profesor patologii w tameczněj akademii wojskowo lekarskiéj Dr. Tymoteusz Lewis w 40ym roku życia z zapalenia płuc. Dawniéj asystent prof. Cunninghama, pracował on razem z nim przez lat wiele w Indyjach nad chorobami epidemicznemi i miejscowemi, szczególniéj nad cholerą, w r. 1882 mianowany został profesorem w Netley a w r. przeszłym był delegatem rządu angielskiego na konferencyi międzynarodowéj w Rzymie. — Na wyspie Hawanie umarł prof. farmacyi Dr. Barnet z ran oparzelinowych, które poniósł w skutek wybuchu eteru w pracowni.

W Wiedniu umarł przed kilku dniami z wady sercowéj prof. Henryk Auspitz, jeden z najzdolniejszych uczniów Hebry. Urodzony w Nikolsburgu w Morawii w r. 1835, od r. 1863 wykładał jako docent prywatny dermatologiję i syfilidologiję w Uniw. wiedeńskim, w r. 1875 mianowany profesorem nadzwyczajnym a przed kilku laty prymaryjuszem w szpitalu powszechnym. Znane są liczne jego prace, umieszczane w czasopiśmie fachowém, którego był założycielem i redaktorem, oraz dzieło jego *System der Hautkrankheiten.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Watraszewskiego: Leczenie przymiotu za pomocą podskórnych wstrzykiwań kalomelu tudzież związków tlenowych rtęci; Szadka: Leczenie przymiotu za pomocą głębokich wstrzykiwań żółtego tlenniku rtęci w mięśnie pośladkowe; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 9 i 10: Wasilijewa: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia torbieli więzów szerokich. — W *Medycynie* Nr. 21: Szadka: Przypadek liszaja tęczowego tułowia i kończyn.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 2 czerwca rb. o godzinie 6téj wieczorem w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Rosner Jan będzie miał odczyt zapowiedziany.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie o zakładzie w Rymanowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor. arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 czerwca 1886. № 23. Rok XXV.

I. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał **Prof. Dr. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Wprzód jednak nim przejdę do tych doświadczeń, muszę jeszcze nadmienić, iż w r. 1881 ogłoszone zostały obserwacyje Dra Szapiry na ludziach zdrowych i chorych, u których określane były tętno i parcie ościenne w tętnicach. Wyniki téj pracy stwierdzają w ogóle dawniejsze obserwacyje wymienionych autorów i nasze obserwacyje co do zmian parcia. Jednocześnie Szapiro zauważył, że u osób, posiadających wadę serca, zmiany te są więcéj wybitne a osobliwie w czasie nieistnienia kompensacyi. Taką wrażliwość czynności serca na zmiany w pozycyi ciała uważa nawet jako rozpoznawczą cechę mającéj się rozwinąć dekompensacyi. (Szapiro: O wlijanii kalebanij krawianoho dawlenija na diejatelnost' sierdca u zdarowych ludioj. Dysertacyja St. Petersb. 1881 r.).

Przechodząc do moich doświadczeń na wstępie mam zamiar podać kilka uwag odnoszących się do saméj metody badania. W doświadczeniach tych zwracałem uwagę podobnie jak i prof. Paszutin na odległość punktów, w których parcie ościenne określano, od serca. Badania były wykonywane tylko w tętnicy udowéj lub dogłowowéj. Ponieważ jednocześnie ze względu na techniczne przeszkody określanie parcia w dwóch tętnicach przy zmianach pozycyi było niemożliwém, wykonałem więc kilka wstępnych doświadczeń celem jednoczesnego określenia parcia ościennego w dogłowowéj i udowéj tętnicy przy téj lub owéj pozycyi w sposób następujący: Nasamprzód zapomocą dwóch manometrów określałem parcie w obu tętnicach przy pozycyi poziomej, potém ustawiałem zwierzę w pozycyi pionowéj albo głową do góry, albo w dół i znowu łączyłem każdą tętnicę z odpowiednim manometrem; przyczém każdy manometr był ustawiony na wysokości odpowiadającéj tętnicom a pływaki zapisywały parcie na dwóch różnych walcach. Manometry przedtém były kalibrowane, tj. oznaczono, w jakim stosunku zostaje obniżenie się rtęci w jedném ramieniu do podnoszenia się w drugiém, gdyż otrzymać dwie zupełnie jednostajne rurki okazało się niemożliwém. Określając więc graficznie na kimografijonie, o ile rtęć podnosiła się w jedném ramieniu, miałem możność ściśle obliczyć, o ile obniżyła się w drugiém. W taki sposób otrzymane wielkości dla obu manometrów można było porównywać z sobą. Oprócz tego zwracam uwagę także, iż kaniulki wstawiane do obu tętnic muszą być zupełnie jednostajne i w skutek tego szklane musiały być zastąpione metalowemi.

Przy zachowaniu tych ostrożności parcie w tętnicy dogłowowéj i udowéj przy pozycyi pozioméj prawie zawsze było jednostajne i różnica zachodziła tylko w tętnie w tętnicy dogłowowéj, w ktoréj pojedyncze fale bywały czasami nieco wyższe. Określenie trwało około minuty. Parcie średnie, tak w tych, jako téż i we wszystkich innych tu przytoczonych doświadczeniach, określano za pomocą planimetru Amslera.

Doświadczenie I.

Pies. Odległość kaniulki w tętnicy szyjnéj od podstawy serca 22 cm., odległość kaniulki w tętnicy udowéj od podstawy serca 40 cm., odległość jednéj kaniulki od drugiéj 62 cm. Zwierzę zatruto kurarą, oddechanie sztuczne.

	Tętnica dogłowowa.	Tętnica udowa.	Różnica.
Poziomo	133	132	1
Głowa w dół	162	114	48
po 1 min.	158	115	43

Jeżeli więc średnią różnicę 46 mm. rtęci wyrazimy w słupie krwi o równém parciu, to słup ten będzie wynosił 59·5 cm., w rzeczywistości zaś równał się 62 cm. Omyłka więc wynosi 2·4 cm., która w obec omylek obliczania i stosunkowéj nieczułości rtęciowych manometrów musi być uważaną za bardzo nieznaczną.

	Tętnica dogłowowa	udowa.	Różnica.
Głowa do góry	89	136	47
po 1 m.	92	138	46

Mamy więc w tym przypadku prawie tę samą różnicę, którą mieliśmy w poprzednim. Ponieważ w ogóle w doświadczeniach téj kategoryi wyniki zawsze były analogiczne, z téj więc racyi ograniczam się tylko do tego przykładu. Wynik ten jest ważny pod tym względem, iż wskazuje, że na parcie ościenne w naczyniach krwionośnych pomimo wszystkich czynników fizyjologicznych ma rzeczywiście wpływ jeszcze siła ciążenia; mając więc w dwóch naczyniach krwionośnych w pozycyi poziomej parcie ościenne jednakowe, w każdéj innéj pozycyi będziemy mieli różne, przyczém w naczyniu niższém parcie będzie się podnosiło, w wyższém opadało niezależnie od czynników fizyjologicznych a różnica będzie się równała, jak to wynika z tylko co przytoczonego doświadczenia, w przybliżeniu ciężarowi słupa krwi, którego wysokość równa się odległości jednego naczynia od drugiego w linii pionowéj. Ztąd też wynika, że jeżeli określamy parcie ościenne w dwóch naczyniach jednostajnéj grubości za pomocą dwóch jednostajnych manometrów ustawionych na wysokości jednego z tych naczyń (np. tętnicy dogłowowéj, jeżeli określamy parcie w niéj i w udowéj), to parcie będzie się zmieniało w obu naczyniach zupełnie równolegle: w pozycyi pionowéj głową w dół parcie się będzie podnosiło, w pozycyi głową do góry obniżało. Przytém jeżeli istnieje różnica w parciu ościennem w pozycyi poziomej, to utrzymuje się ona również przy najrozmaitszych pozycyjach. Ta równoległość zmian zależy mianowicie od wpływu ciążenia. O ile w przytoczonym przypadku w pozycyi pionowéj głową na dół parcie w tętnicy udowéj musiałoby się obniżyć w skutek różnicy wysokości, o tyle w skutek podniesienia się rurki łączącéj tętnicę udową z manometrem a wypełnioną płynem o ciężarze gatunkowym bliskim do ciężaru gat. krwi musi się podnieść w manometrze znajdującym się na wysokości, jak wyżéj zaznaczyliśmy, tętnicy dogłowowéj; to samo stosuje się i do pozycyi odwrotnéj. Parcie więc w obu manometrach zmienia się równolegle, jakkolwiek w naczyniach téj równoległości może nie być. Na tę równoległość wskazują krzywe, które podałem w pierwszéj pracy. Fakt ten ma tę doniosłość, iż na téj podstawie można z wielkiém prawdopodobieństwem, mając parcie ościenne określone dla jednéj tętnicy, obliczyć w każdéj innéj téj saméj grubości, jeżeli tylko jest wiadomą odległość jednego naczynia od drugiego w linii pionowéj.

Zmiany naczynio-ruchowe światła naczyń wywoływane nawet przecięciem nerwów naczynioruchowych *(ischiadici, sympatici* itd.) tak mało wpływają na zmianę parcia ościennego w odpowiedniéj tętnicy, że prawie zupełnie mogą być nieuwzględniane przy tych dość znacznych zmianach parcia, które zależą od ciążenia. Na téj saméj podstawie można porównywać zmiany otrzymane drogą doświadczenia przy téj lub owéj pozycyi w téj lub owéj tętnicy ze zmianami, które musiałyby być, jeżeliby zmianom pozycyi ciała nie towarzyszyły żadne zmiany w czynnościach fizyjologicznych tych lub owych narządów mających wpływ na krążenie krwi. W ten więc sposób można określić, o ile te inne czynniki modyfikują wpływy ciążenia.

Doświadczenia odnoszące się do badania tych wpływów wykonywałem prawie w ten sam sposób jak i poprzednio: zwierzę przywiązane do zwykłéj deski wiwisekcyjnéj ustawiało się razem z tą ostatnią w osobnym *ad hoc* urządzonym przyrządzie, który dawał możność nadawać desce rozmaite pozycyje, obracając ją około pozioméj osi. Ta ostatnia przebiegała przez punkt połączenia téj lub owéj tętnicy z kaniulką, w taki więc sposób manometr połączony z tętnicą za pomocą rurki przebiegającéj w kierunku osiobrotu deski przedstawiał tylko zmiany parcia ościennego, mające miejsce w saméj tętnicy bez wszelkich komplikacyj ze strony zmian pozycyi kaniulki w przestrzeni względem manometru; w tém właśnie te doświadczenia różnią się od poprzednich i w skutek tego usunięto potrzebę jakichkolwiek poprawek. Nasamprzód określało się parcie w téj lub owéj tętnicy w pozycyi poziomej, potém pozycyja zwierzęcia zmieniała się na poziomą, lecz parcie określało się bez przerwy tak przy każdéj pozycyi jak również i w czasie zmian. Moment i kierunek zmiany w większéj ilości doświadczeń oznaczały się także automatycznie; z drugiéj strony oznaczały się sekundy, można więc było określić, jak długo trwał czas przejścia z jednéj pozycyi do drugiéj, jak długo zwierzę zostawało w téj lub owéj pozycyi i w jakim czasie występowały najwybitniejsze zmiany, w ogóle zadowalałem się krótkiemi okresami czasu: w téj lub owéj pozycyi zwierzę zostawało tylko kilka minut, w rzadkich przypadkach do 15. Dłuższych okresów unikałem ze względu na możliwe zmiany w czynnościach układu nerwowego. W otrzymanych w ten sposób krzywych uwzględniałem, po pierwsze: parcie średnie, obliczone za pomocą planimetru Amslera zwykle przy końcu i początku każdéj pozycyi. Parcie to obliczało się na przestrzeni 15—20 sek. Jeżeli wyjątkowo zwierzę zostawało w pewnéj pozycyi bardzo krótko, to otrzymywałem tylko jednę średnią z jednego obliczenia, w tych zaś przypadkach, gdzie przez dłuższy czas obserwowałem parcie w téj saméj pozycyi, otrzymywałem od 3—4 średnich; powtóre: *maximum* i *minimum* parcia przy każdéj pozycyi na przestrzeni, na któréj się obliczało parcie średnie; po trzecie: w niektórych doświadczeniach określałem czas potrzebny do zmiany pozycyi i czas, w którym wystąpiła maximalna zmiana w parciu, licząc od początku ruchu zwierzęcia; po czwarte: obliczałem parcie, jakie powinnoby było być w tém samém naczyniu przy każdéj nowéj pozycyi, jeżeliby zmiany zależały wyłącznie tylko od warunków fizycznych; prawo do uwzględnienia tych warunków dały mi przytoczone wyżéj doświadczenia. W tym celu musiała być określona odległość miejsca połączenia kaniulki z tętnicą od podstawy serca, t. j. miejsca wyjścia aorty [1]).

Przy określaniu parcia w tętnicy dogłowowéj obliczałem także parcie przy rozmaitych pozycyjach i dla udowéj a przy

---

[1]) Obliczenie parcia ościennego dla innéj tętnicy, a również dla téj saméj w innéj pozycyi wykonywałem w sposób następujący: Przypuśćmy, że kaniulka wstawiona w tętnicę dogłowową jest odległa od serca 12 cm. Jeżeli postawimy zwierzę pionowo głową w dół, to do parcia P, już istniejącego w tętnicy, musielibyśmy dodać jeszcze parcie słupa krwi o wysokości 12 cm. Tę wysokość możemy wyrazić przez wysokość odpowiedniego słupa rtęci, dla tego musimy pomnożyć przez X i podzielić przez 13·6, gdzie X oznacza ciężar gat. krwi a 13·6 ciężar gat. rtęci. W ten sposób przyjmując ciężar gat. krwi = 1050, otrzymalibyśmy, iż słup krwi o wysokości 12 cm. = 9 mm. rtęci, tj. że parcie w pozycyi pionowéj głową w dół, gdyby nie zachodziły żadne zmiany ani w pracy serca ani w innych czynnościach fizyjologicznych, musiałoby się zwiększyć tylko o 9 mm.; więc mielibyśmy P + 9. Jeżeli tę pozycyję zamienimy na odwrotną, tj. głową do góry, to parcie w porównaniu z P + 9 powinno być niższe o 18 mm. czyli o 9 niższe od P. W ten sam sposób obliczałem i dla tętnicy udowéj. Zresztą ten sam sposób stósował już i prof. Paszutin, o ile z jego wyżéj wskazanéj pracy wnosić można.

określaniu w udowéj obliczałem dla dogłowowéj; aby w ten sposób choć w przybliżeniu mieć wyobrażenie o ogólnym charakterze tych zmian. Dla takiego obliczenia określałem odległość jednéj tętnicy od drugiéj, tj. odległość miejsca, gdzie się wstawia kaniulka w tętnicę udową do miejsca gdzie się ją wstawia w tętnicę dogłowową.

Doświadczenia te były wykonane przeważnie na psach i kotach.

Doświadczenie II.

Kot. Parcie określałem nasamprzód w tętnicy udowéj potém dogłowowéj. Tracheotomija, lecz bez narkozy. Odległość kaniulki w tętnicy udowéj od podstawy serca 26 cm., odległość kaniulki w tętnicy dogłowowéj 12 cm., odległość jednéj od drugiéj 38 cm.

Słup krwi o 26 cm. = 20 mm. rtęci
" " o 12 " = 9 " "
" " o 38 " = 29 " "

A) Badanie tętnicy dogłowowéj. Oś obrotu przebiega przez tętnicę dogłowową.

Pozycyje	I. Parcie określone	II. Parcie obliczone	III. Różnica	IV. Maximum	V. Minimum	VI. Do sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą.	VII. W któréj sek. maxim. zmiany	VIII. Obliczone parcie w tętnicy udowéj	Uwagi
1. Poziomo	172			186	156			172	
2. Głowa w dół	206	181	+ 25	236	162	1 ½	3 ½	177	
po 1′	191	181	+ 10	196	186			162	
3. Głowa do góry	175	173	+ 2	220	140	2	4	204	
po 1′	160	173	—13	200	140			189	
4. Głowa w dół			-	196	174	4	8		
po 30′	182			196	194			153	
5. Głowa do góry	174	164	+ 10	196	134	¾	2 ½	203	Odpowiednio do tego oddech. przyspieszone i głębokie
po 1′	180	164	+ 16	210	130			209	
6. Głowa w dół	184	198	—14	190	180			155	
7. Poziomo	164	175	—11	180	150			164	
B) Na osi obrotu tętnica udowa i w niéj określano parcie.								Dogłowowéj	
8. Poziomo	156			160	154			156	
9. Głową w dół	140	130	+ 10					169	
10. Poziomo	184	160	+ 24	218	144			184	
po 20′	156			160	154			156	
11. Głową w dół	140	136	+ 4	156	138	2	6	169	
12. Poziomo	164	160	+ 4	184	158	2	4	164	
13. Głową do góry	164	184	—20	180	150	2	5	135	
14. Głową w dół	148	124	+ 24	190	138	2	3	177	
15. Głową do góry	160	188	—28	198	140	2	4	131	
16. Głową w dół	168	120	+ 48	190	154	2	4 ½	197	

Z przytoczonego doświadczenia widzimy, że przy *A)* wahania w parciu średniém tętnicy dogłowowéj są wprawdzie większe niżby być musiały, albowiem największa różnica wynosi 46 mm. (przy l. 2 i 5), podczas gdy musiałaby wynosić tylko 18mm.; w ogóle jednak wahania te są nieznaczne np. l. 8 i 9, natomiast spotykamy znacznie większe różnice między maximum i minimum parcia, a osobliwie w pozycyi głową do góry (l. 4 i 8) w tętnicy udowéj. W ogóle wahania w tętnicy dogłowowéj są znacznie mniejsze, niż wahania w parciu obliczoném dla tętnicy udowéj.

Przy *B)* wahania w parciu oznaczoném w tętnicy udowéj są nieco mniejsze niż obliczone poprzednio i w ogóle są mniejsze od tych wahań, jakieby na podstawie praw hydraulicznych być musiały. W skutek tego w pozycyi głową w dół znajdujemy mniejsze obniżanie, niżby podług obliczenia być winno a w pozycyi głową do góry również mniejsze podnoszenie się parcia, jak to widać z szeregu III. Zresztą zauważyć muszę, iż doświadczenie to rozpoczęte było po tracheotomii, a badanie w tętnicy udowéj przynajmniéj o godzinę późniéj niż w dogłowowéj. Zwierzę więc było znacznie zmęczone i w skutek tego zmiany tutaj otrzymane nie mogą być uważane za właściwe zupełnie normalnym zwierzętom.

Z szeregu VI i VII widać, iż maximum zmiany nie odpowiada ściśle zmianom pozycyi, lecz następuje zwykle nieco późniéj. (C. d. n.)

II. Okręgowe wycięcie jelita.

Przyczynek kazuistyczny.

Dr. K. Midowicz,
sekundaryjusz szpitala w Tarnowie.

Rzadko znajduje się lekarz w tém szczęśliwém położeniu, aby mógł w obec przepukliny uwięźniętéj postępować podług rady Stromeyera, A. Coopera lub Dieffenbacha, podług których najpóźniéj w 12 godzin powinno się przystąpić do rękoczynu; natomiast większa część przypadków przychodzi po kilku, ba nawet po kilkunastu dniach. Zdawałoby się w obec tego, iż chorzy tacy są bezwzględnie na śmierć skazani, a wszelkie usiłowania chirurgiczne płonnemi marzeniami. Doświadczenie jednak uczy, iż w najbardziéj zaniedbanym i zadawnionym przypadku ratunek jest jeszcze możebnym, rozchodzi się tylko o drogę, którą mamy zdążać do celu.

Michał Kabała z Radgoszczy, l. 13 liczący, od niemowlęctwa zdrów zupełnie, młócąc zboże dnia 4go grudnia rano poczuł nagle ból w pachwinie, który w krótkim czasie rozprzestrzenił się na brzuch cały. Chory poszedłszy do mieszkania spostrzegł w pachwinie lewéj guz bolesny przy ucisku. Boleści wzmagały się ciągle, wiatrów i stolca już od chwili poczucia bólu zupełnie nie było. Tegoż samego dnia wystąpiły wymioty i znaczny zapad sił, wzmagający się z dniem każdym zarówno z objawami chorobowemi, co skłoniło rodzinę do przywiezienia chorego do szpitala, gdzie w dniu przyjęcia znaleziono stan następujący: Chłopiec na swój wiek średnio rozwinięty, nadzwyczaj nędznie odżywiony, podściółki tłuszczowéj prawie zupełny brak, powłoki zewnętrzne blade, na twarzy wyraz wielkiego przygnębienia, oczy zapadłe, tętno szybkie zaledwo macalne; brzuch wzdęty beczułkowato, bardzo bolesny, powłoki jego cienkie uwydatniają wybitnie na swéj powierzchni znacznie gazami rozdęte jelita. W pachwinie lewéj guz zstępujący do moszen wielkości kurzego jaja, skóra nad nim w dolnéj części, a szczególnie na mosznach, napięta i zaczerwieniona, napletek prącia znacznie surowiczo naciekły. Przy ucisku na guz przedstawia się tenże elastycznym, lecz wcale nie ustępuje. Wymioty kałowe zielonawe występują dosyć rzadko.

Rozpoznawszy przepuklinę pachwinową uwięźnioną oraz zapalenie otrzewny, trudno było w pierwszéj chwili odważyć się na rękoczyn mając przed sobą chorobę od dłuższego czasu zaniedbaną, oraz niespodziewając się wyników dodatnich. Aby jednak nie pozostawić chorego na łasce losu, po naradzie z dyrektorem zakładu kol. Skowrońskim, korzystając z rad i łaskawie udzielonéj czynnéj jego pomocy, postanowiliśmy założyć nieprawidłowy odbyt, gdyby odprowadzenie było z powodu zmian jelita niemożebne, a dopiero po ukończonym przebiegu zapalenia otrzewny usunąć chorobę

przez okręgowe wycięcie jelita. Dnia 18go grudnia przed południem przystąpiłem do zabiegu krwawego. Po cięciu skórném doszedłszy do worka przepuklinowego znaleźliśmy tenże ciemno wiśniowo czerwonym; preparując zwolna na zgłębniku rowkowanym surowiczo krwawo naciekłe warstwy, dostałem się wprost do wnętrza kiszki nie napotykając żadnéj granicy pomiędzy workiem przepuklinowym a zewnętrzną ścianą jelita, oraz nigdzie treści worka przepuklinowego. Kiszka lejkowato ściągnięta, zrośnięta z jądrem tak ściśle, iż żadną miarą oddzielić się nie daje, lecz przedstawia jednę zbitą i naciekłą masę. Po przecięciu kiszki poczyna z wewnątrz wypływać rzadka cuchnąca ciecz kałowa. Niechcąc robić wycięcia okrężnego jelita ze względu na zapalenie otrzewny, wycięto tylko zwyrodniałą część jelita wraz z jądrem i założono nienaturalną odbytnicę. Pierścienia przepuklinowego nie przecinano, w środek bowiem jelita daje się wprowadzić mały palec a następnie zgłębnik żołądkowy, którym obficie wypływa kał rzadki. Po wycięciu kiszki wraz z workiem przepuklinowym i jądrem lewém zeszyto brzegi kiszki z raną skórną a w otwór powstały założono zgłębnik żołądkowy, około którego przymocowano opatrunek jodoformowy. Chory po operacyi, z tętnem zaledwo wyśledzić się dającém, zachowuje się nieco spokojniéj, boleści ustąpiły zwolna całkowicie a trzeciego dnia przy dotyku tylko brzuch bardzo jeszcze bolesny, szczególniéj w okolicy lewego podbrzusza, gdzie na przestrzeni odpowiadającéj dłoni odgłos wypukowy stłumiony. Ciepłota wahająca się jeszcze do 27 grudnia pomiędzy 38·5° a 39°C. obniża się statecznie, a w dniu 1 stycznia była już zupełnie prawidłową. 30go grudnia po południu odeszło stolcem ropy żółto zielonéj blisko kieliszek, a następnego dnia badanie nie wykazało odgłosu stłumionego w lewém podbrzuszu, pozostała tylko znaczniejsza bolesność, jakkolwiek mniejsza niż dnia poprzedniego. Dnia 11go stycznia odeszły stolcem dwa niewielkie kawałki twardego kału, 21go niewielka ilość kału zbitego z domieszką cieczy śluzowo ropnéj. Nienaturalną odbytnicą odchodził w pierwszych dniach kał zielonawy przybierając zwolna barwę prawidłową. Zgłębnik żołądkowy po kilku dniach musiał być usuniętym jako zbyteczny, chory bowiem ustawicznie niecierpliwi się, przewraca, a kał swobodnie koło zgłębnika odpływa, wywołując tylko rozległy wyprysk koło otworu.

Gdy próba założenia w narkozie enterotomu Dupuytrena, aby bezkrwawym zabiegiem usunąć odbyt nienaturalny, okazała się daremną, nie pozostało mi nic innego jak tylko okrężne wycięcie jelita i zeszycie końców dla usunięcia kalectwa. Aby zapewnić bodaj trochę widoki pomyślnego przebiegu, musiałem rękoczyn ten odwlec na dosyć długo, najpierw, aby poprawić odżywienie i wzmocnić siły chorego, a głównie przygotować w zabudowaniu szpitalném, gdzie zalega większa część chorych chirurgicznych na same róże i flegmony najróżnorodniejszych postaci, jakiś kąt ściślej aseptyczny. Przeszło miesiąc oczyszczały dymy wolnego chloru pokoik, zkąd usunięto słoje z preparatami patologicznemi i kości szkieletów. W tak przygotowanym lokalu niepewny czy chlor, mgła karbolu i sublimatu oczyściła go z bakteryj całkowicie, przystąpiłem 3go kwietnia b. r. do rękoczynu.

Cięciem równoległém do więzadła Pouparta i tuż nad temże na 15cm. długiém, przecięto skórę oraz warstwowo mięsień aż do otrzewny, podwięzując liczne mięśniowe i skórne gałązki naczyń. Przekonawszy się, iż krwotok powstrzymany zupełnie po przepłukaniu rany 5% rozczynem karbolu, otworzyłem jamę otrzewnową. W wewnętrznéj połowie rany znajdowało się jelito wrośnięte w otwór przepuklinowy, które obszedłszy palcem bez przeszkody podwiązałem silnie katgutem tuż nad miejscem wrośnięcia, o 1cm. powyżéj podwiązałem raz drugi i przeciąłem ściany jelita pomiędzy obiema podwiązkami. Wyciągnięty kawałek jelita cienkiego na zewnątrz rany wykazał w tylnéj części od krezki skośnie ku ścianie jelita idący postronek w dwóch miejscach z krezką zrośnięty. Po podwiązaniu naczyń krezkowych w odległości 3—4cm. od miejsca przyczepienia do jelita przecięto krezkę; przez powstały otwór założyłem uciskadła Rydygiera, poczém wyciąłem po 3cm. jelita doprowadzającego i odwodzącego czyli razem 6cm. Krezka oraz ściany jelita grube, mięsiste, jelito odwodzące ma jednak ściany wiotsze i cieńsze; światła obu jelit zupełnie równe. Do zeszycia obu odcinków użyłem szwu podanego przez Rydygiera, pierwszy szew okrężny i zewnętrzny Lemberta założyłem z katgutu Nr. 1. Szwów zewnętrznych założono 30, szwów śródjelicia 7. Po zespojeniu odcinków jelito całkiem równe, przekonawszy się, iż wszędzie zupełnie dokładnie jest zeszyte, opłukano 3% ciepłym rozczynem karbolu i wsunięto napowrót do jamy brzusznéj. Otrzewnę zeszyto szwem kuśnierskim, a kawałek jelita podwiązany w miejscu wrośnięcia wyciągnąłem za otrzewnę i wszyłem w ranę w mięśniu. Ranę zewnętrzną przepłukano raz jeszcze 5% rozczynem karbolu, poczém założyłem 6 głębokich szwów, ściśle równając powierzchownym szwem kuśnierskim ranę skórną. Po dokładném obmyciu pola pooperacyjnego założono opatrunek jodoformowy. Podczas operacyi używano wacików leżących w 3% rozczynie ciepłego karbolu. Uciskadła zamykały światło jelita równo i szczelnie, tak, że nic kału nie wydostało się do jamy otrzewnowéj w ciągu operacyi.

Chory bezpośrednio po operacyi zachowuje się nadzwyczaj niespokojnie, uskarża się na znaczną bolesność brzucha i na kłócie. Lawatywa z 25 kropli nastoju makowcowego oraz jednego cgr. morfinu podskórnie uspokoiły go nieco. Tętno słabe od 110—130 na minutę. Wieczorem chory spokojny, na bolesność się nie uskarża lecz na nudności, o godzinie 6éj i 9éj wieczór wystąpiły wymioty czysto wodniste, ciepłota 38·4°C. o godz. 7éj wieczór. Noc przepędził chory dosyć spokojnie. 4go kwietnia rano po 6éj godz. wystąpiły po raz pierwszy wiatry a o 3éj popołudniu trochę kału, odtąd odchodzą dosyć często wiatry, z któremi zawsze pojawiają się ślady rzadkiego kału. 5/4 po południu wystąpił obfity rzadki stolec. Stolce i wiatry odchodzą téż już od dnia tego regularnie a chory wesoły i spokojny nie skarży się na bolesność. 7/4 zmieniono opatrunek, brzegi rany zlepione całkowicie z wyjątkiem kawałka w zewnętrznéj części rany na 3cm. długiego, gdzie założono gazę jodoformową zamiast sączka, po usunięciu któréj wyciśnięto z rany trochę cieczy wodnisto mlecznéj. Najwyższe wzniesienie się ciepłoty było do 38·9°C., od 10go ciepłota była już całkiem prawidłowa. W pierwszych dniach pożywieniem chorego był czysty ekstrakt Liebiga, bulijon, łyżkami podawane mleko kwaśne, lód i wino, czwartego dnia po operacyi dodano już jajo i trochę grysiku, chory bowiem uskarża się bardzo na głód. Dalsze gojenie rany postępowało bardzo pomyślnie a w 10 dni chory był już zupełnie zdrowym. Pozostał jednak w zakładzie do 2go maja, aby mieć pewność, że blizna jest już dostatecznie silną.

Obrałem tę drogę postępowania opierając się głównie

na wskazówkach Jaffego i Rydygiera; pierwszy radzi, aby nie przedsiębrać wycięcia jelita w obec zapalenia otrzewny, a ostatni wykazał doświadczeniami, iż żadne z zwierząt, u których wykonano wycięcie jelita, nie zginęło w skutek operacyi, chyba że z rozmysłu wywołano powikłanie, a statystyka podana przez niego wykazuje, że i u ludzi im rozleglejsze zapalenie otrzewny, tém niebezpieczeństwo większe, gdzie tego nie ma, tam wynik operacyi jest dodatnim. Pomyślnie zakończył się i przypadek niniejszy, a niemal z całą pewnością powiedzieć mogę, że gdybym nie baczył na powyższe wskazówki, lecz przystąpił od razu do okrężnego wycięcia jelita, aby za jednym zachodem w krótszym czasie usunąć całkiem chorobę, śmierć chorego byłaby następstwem samego tego zabiegu chirurgicznego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Michał Zieleniewski. **Rys balneoterapii**. Kraków 1886. Str. 391.

Kto z nas nie odczuwał i nie odczuwa braku dzieła polskiego, obejmującego całość wiedzy balneoterapeutycznej? Brak ten z dwóch względów jest dotkliwy. Najprzód bowiem gałąź owa wiedzy lekarskiej od czasu Brauna poczyniła istotne postępy w duchu lecznictwa fizyjologicznego i dziś dąży do tego, aby zerwać z dawną rutyną empiryczną i stać się metodą indywidualizującą, opierając działanie zawiłych czynników balneoterapeutycznych na ścisłéj analizie zjawisk elementarnych. Nowy ten a wiele obiecujący kierunek powinien się jak najrychlej zaznaczyć i w naszej literaturze. Powtóre zdrojowiska nasze bezsprzecznie z roku na rok coraz więcej się budzą i rozwijają i coraz skuteczniej mierzą się z kąpielami zagranicznemi. Rozwój ten wszakże nie może być oddany jedynie na chwiejną łaskę naszej publiczności ani też oparty li tylko na patryjotycznych pobudkach lub względach ekonomicznych. Przodować tu owszem powinna sumienna uprawa naukowej balneoterapii i umiejętne stósowanie czynników leczenia kąpielowego. Do tego powołani są lekarze a wyrazem ich pracy w tym kierunku powinna być balneoterapija polska, na której nam dotychczas zbywa zupełnie.

To też z prawdziwém zadowoleniem dowiedzieliśmy się przed pewnym czasem, że jeden z najstarszych naszych lekarzy kąpielowych, stojący od kilku lat dziesiątek na czele pierwszego polskiego zdrojowiska, zamierza nas obdarzyć oryginalném dziełem o balneoterapii. Co prawda, możeśmy się nieco obawiali, że w dziele tém nie uwydatni się dość wybitnie wskazany powyżej kierunek fizyjologiczny, ale za to pocieszaliśmy się nadzieją, że wieloletnie i wypróbowane doświadczenie autora obficie nam to wynagrodzi.

Otóż i mamy dzieło to przed sobą. Przerzucamy je niecierpliwie i doznajemy wrażenia, jakoby owa obawa nasza była nieuzasadnioną, albowiem układ książki, obszerne rozdziały z zakresu klimatoterapii, dyjetetyki, hydroterapii itd., tudzież gęsto wymieniane nazwiska poważnych autorów zdają się dowodzić niezbicie, że autor w pracy swej zajmuje najnowsze stanowisko nauki.

Zabieramy się więc do sumiennego studyjowania dzieła od deski do deski. „Słowo wstępne“, w którém autor „współkolegów swych rzetelnie powiadomić“ obiecuje, pominąwszy parę niezrozumiałych zwrotów i skaz językowych, uprzejmie zaprasza nas do środka. A i we wnętrzu Rysu miłego doznajemy wrażenia, bo nie spotykamy tu obcych sobie, nowych twarzy, któreby najpierw obejrzeć i oględnie badać trzeba, lecz od razu znajdujemy się między dawnymi, zażyłymi przyjaciółmi. Oto już na stronie 3-ej spotykamy się z dobrze nam znajomym Zinkeisenem, (*Compendium der Balneotherapie*, Leipzig 1875), którego urywki ze str. 1ej i 7ej tu znajdujemy, — a przerzuciwszy jednę tylko kartę, na której umieszczono wyjątek z własnej pracy autora z r. 1864, znów od str. 7 do 12 czytamy dosłownie tłumaczenie Zinkeisena (ze str. 3—5), chociaż nazwiska jego wcale tu nie wymieniono. W następnym rozdziale twórca dzieła zupełnie się już ulatnia a za niego znów mówi Zinkeisen od str. 12—30 Rysu, raz tylko, t. j. na str. 13 do 15, pozwalając wtrącić się Kischowi (*Grundriss der klinischen Balneotherapie, einschliesslich der Hydrotherapie und Klimatotherapie*. Wien u. Leipzig 1883), który tu całe ustępy ze swej książki (str. 349—351) doslownie wygłasza. Rozdział o klimacie zagaja kilku wierszami Zinkeisen a o gruncie pozwala znów mówić Kischowi, ktory się też z tego zadania dosłownem przytoczeniem swojej str. 228—230 wywięzuje. Ustępy o roślinności i powietrzu wygłasza znów jednym ciągiem Zinkeisen, w ustępie zaś o wilgoci powietrza i opadach atmosferycznych dzieli się zadaniem z niemieckim kolegą, tak że pierwszy daje początek (ze str. 31—32) i koniec (ze str. 32—34) a środek porucza Kischowi (ze str. 216—218). Naprzemian rozdziały o wiatrach i gęstości powietrza zagaja własnemi słowy Kisch (ze str. 225 i 219) a reszty dopełnia Zinkeisen (ze str. 35—36 i 36—38). O fizyjologicznych skutkach ciśnienia powietrza prawi znów Kisch (ze str. 220—222), a o patologicznych Zinkeisen (ze str. 38—39), który również i o chorobie nurków powtarza rzeczy dawno przez siebie na str. 39—41 powiedziane. Chorobę górską rozpoczyna również Zinkeisen (ze str. 41—42), ale widocznie nie dowierzając własnemu doświadczeniu, odstępuje słowa zawodowemu górnikowi śp. Klugerowi, który ze stanowiska inżynijera rozwija w dziele lekarskiém teoryje tėj choroby. O cieple i zimnie powietrzni mówi znów Zinkeisen (ze str. 43 do 49) i tylko na chwilę zastąpić się każe Kischowi (ze str. 211—213). Klimatoterapiję (klimat górski, pomorski, południowy i letnie schroniska) omawia ponownie Kisch sumiennie według własnego dzieła, choć nie w tym samym jak tam porządku (ze str. 234—250, to znów ze str. 232), a nareszcie opis uzdrowisk klimatycznych streszcza według własnej książki (ze str. 359—488). W tém miejscu sam autor dzieła zjawia się na chwilę i dotknąwszy paru własnemi słowy stacyj klimatycznych polskich (str. 91) szybko znów znika, poruczywszy wykład całego rozdziału o ciepłocie ustrojowej i jéj wyrobie Zinkeisenowi, który z całą uprzejmością i skrzętnie, bo dosłownie, to co na str. 56—74 własnego dziełka był napisał, powtarza. Taksamo i o kąpielach, szczególnie o mechanicznym i chemicznym ich skutku rozprawia tenże Zinkeisen (ze str. 75—76, str. 47 i 77—81), a tylko w środku i na końcu uzupełnia go Kisch, który jednak zdaje się rzecz traktować lekko, bo niektóre tylko ustępy z swej książki (ze str. 49—50 i 48) przytacza, oraz traktat o skutkach zimnych kąpieli załatwia (ze str. 31). Dalsze trzy rozdziały (Skutki kąpieli ze wzajemnego stosunku skóry do czynności innych narządów ustroju, działanie i skutki kąpieli płynnej postaci) podaje znów Zinkeisen według rzetelnego tłumaczenia swoich stron 81

do 88; pierwsza część rozdziału o obojętnie ciepłych dla ustroju kąpielach odbita natomiast z tegoż strona 88—94 a koniec wzięty z Kischa (ze str. 32—33). W rozdziale o kąpielach odciągających ustrojowi ciepłotę przemawia na wstępie Kisch (ze str. 33 i 34), potem oddaje głos Zinkeisenowi (ze str. 95—99), poczem znów Kisch przytacza dosłownie własne ustępy (ze str. 35 do 38), a zamyka rzecz Zinkeisen streszczeniem swoich stron 102—104. Rozdział o kąpielach podwyższających ciepłotę ustojową podzielili między siebie Zinkeisen (ze str. 108—109) i Kisch (ze str. 39—42). W ustępie o łaźni parowej i jej odmianach brzmi donośnie głos Zinkeisena (ze str. 112—117) a przytakuje mu Kisch na samym początku (ze str. 45), w środku (ze str. 43) i na samym końcu (ze str. 44). Irlandzko-rzymskie i wschodnie kąpiele, higijeniczne i terapentyczne zastósowanie wodnej kąpieli, wskazania do kąpieli odciągających ciepłotę ustroju, t. j. od str. 146—170 Rysu, obrabia nieprzerwanie Zinkeisen, pozwalając tylko na str. 158 i 159 czynić Kischowi pewne uwagi (ze str. 183—184). (C. d. n.)

Dr. Kirstein: **O wykazaniu prątków gruźliczych w moczu.** Od chwili wykazania przez Rosensteina i Babesa, że prątki gruźlicze dają się w moczu w razie obecności gruźlicy narządu moczopłciowego w ten sam sposób wykazać, jak w plwocinie, technika badania wcale nie postąpiła. Autor niniejszéj rozprawki przytacza przypadek, w którym na 30—40 preparatów zaledwo w jednym znajdował prątki gruźlicze. Ta trudność znalezienia prątków w moczu jest zresztą regułą. Trudność ta wypływa ztąd, że zazwyczaj obok nieznacznego wrzodu gruźliczego istnieje nieżyt pęcherza, czyli obok nieznacznego materyjału gruźliczego znaczne ilości ropy i upostaciowanych części prątków gruźliczych niezawierające. Skłoniło to autora do zmiany zwykłego sposobu badania. Zmiana ta polega na jednostajném zmieszaniu produktów ogniska gruźliczego z wolnemi od gruźlicy. Postępował w sposób następny: Mocz zostawia się we flaszce tak długo, dopóki osad powstaje, ciecz czystą po nad osadem zlewa się do kieliszka. Następnie pręcikiem szklanym miesza się osad i przesącza przez zwilżony wodą sączek. Pozostałość na sączku przenosi się za pomocą skalpelu wyżarzonego na szkiełko zegarkowe. Ze szkiełka tego bierze się cząstkę (byle nie bardzo mało) między dwa szkiełka nakrywkowe, rozgniata się (nie rozciera), nadmiar brzegami szkiełka wychodzący oddala się za pomocą bibuły. Następnie oddziela się szkiełka, przesuwa się trzykrotnie nad płomieniem lampki wyskokowéj i wkłada do rozczynu fuksyny Ehrlicha, do którego wodę anilinową zawsze świeżo przyrządza się. Rozczyn barwika ogrzewa się do wrzenia i po 10 minutach wyjmuje preparat wkładając do mieszaniny kwasu azotowego (1 cz. *Acid. nitr. pur.* 3 cz. *Aq. destill.*). Preparat odbarwia się powoli z powodu grubego pokładu, jednakże nawet wpływ przez godzinę kw. azotowego silniejszego (1:2) na zabarwienie szkodliwie nie oddziaływa, Odbarwione preparaty wymywa się w wyskoku i zabarwia lekko w wodnym rozczynie błękitu metylenowego, zmywa wodę, wysusza i bada się w balsamie kanadyjskim. W ten sposób sporządzone preparaty zawierają, według twierdzenia autora, prawie zawsze prątki gruźlicze. (*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1886 Nr. 15.). *Dr. Halski* (Bystra).

Terrier: **Wpływ owaryjotomii obustronnéj na menstruacyję.** Związek ścisły, jaki istnieje między oddzielaniem się jajka a miesiączkowaniem, będący podstawą klasycznéj teoryi Negriego, znajduje małe poparcie w wynikach osiągniętych przez wycięcie obustronne jajników. Ustanie niezawodne odpływów miesięcznych, zmiany następcze objawiające się w saméj macicy i guzach zalegających jéj jamę lub sam miąższ, usprawiedliwiły wliczanie w szereg zabiegów operacyjnych kastracyi jajników nawet wówczas, gdy te same przez się sprawą chorobową nie są dotknięte. Przypadki, w których przy wycięciu obustroném jajników rozmyślnie lub téż z powodu trudności technicznych część utkania tychże pozostawiono i gdzie regularném następstwem było odnowienie się krwotoków miesięcznych, potwierdzają dobitnie wyrażone przekonanie, iż początku tychże szukać należy w czynności samego jajnika. Terrier podaje statystykę 28 przypadków, wśród których wykonał 26 razy owaryjotomiję obustronną w czasie jednego zabiegu, w 2 przypadkach zaś uskutecznił wycięcie w dwóch różnych czasach. Odliczywszy 6 przypadków kończących się śmiercią pozostaje 22 spostrzeżeń, z których podaje zebrane wyniki. Zaznaczyć należy, że operowane przezeń chore zostawały w okresie niewygasłego jeszcze życia płciowego, że przeto rezultat zabiegu operacyjnego tém większą zyskuje wartość pod względem swéj pewności. Niemałéj wagi będzie również ta okoliczność, że z pośród 22 chorych w 13 przypadkach miesiączkowanie występowało przed operacyją najzupełniéj prawidłowo, w innych mniéj lub więcéj regularnie. U jednéj tylko choréj zboczenie w krwotokach miesięcznych objawiało się brakiem miesiączki, tak że chora ta trzy razy tylko w swém życiu miesiączkowała. Wynik obustronnéj owaryjotomii zaznaczył się w 17 razy ustaniem miesiączkowania, które w 13 przypadkach natychmiastowéj i zupełnéj przerwy doznało, w 4 przypadkach zaś po kilkakrotném jużto regularném, jużtéżto nieregularném pojawianiu się krwotoków miesięcznych ostatecznie również przytłumioném zostało. W 2 przypadkach obustronnego wycięcia jajników, które w dwóch różnych czasach odbyło się, wynik był zupełnie podobny, w jednym nastąpiło natychmiastowe przerwanie regularności, w drugim pojawił się raz jeszcze krwotok miesięczny, aby następnie raz na zawsze ustąpić. W 3 tylko przypadkach mimo obustronnego usunięcia jajników miesiączkowanie odbywało się nadal zrazu nieregularnie, stawało się coraz regularniejszém i bez przerwy pojawia się do dziś dnia. Sąto właśnie przypadki szczegółowo opisane przez autora, w których wydobycie jajników przeobrażonych w torbiele brodawczaste przedstawiało nie mało trudności i gdzie już w czasie samego zabiegu budziły się wątpliwości co do usunięcia doszczętnego obu jajników. Powołując się na analogiczny przypadek, który ogłosił Schatz z Rostoku, a w którym po zaoszczędzeniu wąskiego paska z jednego jajnika nietylko miesiączkowanie wróciło, ale nawet chora zaszła w ciążę, tłumaczy Terrier odnowienie się trwałe krwotoków menstrualnych w swych trzech przypadkach pozostawieniem resztek utkania jajnikowego i spodziewa się nawet w jednym z nich podobnéj, jak w opisanym przez Schatza, możliwości, tj. zapłodnienia i ciąży.

(Z praktyki prywatnéj Prof. Mikulicza znanym mi jest również przypadek obustronnego wyłuszczenia jajników, po którém przyszło do odnowienia się odpływów miesięcznych, powtarzających się już od $2\frac{1}{2}$ lat przy dobrym zresztą stanie ogólnym i miejscowym operowanéj. I tu również najprawdopodobniejszéj przyczyny szukać należy w pozostawieniu resztek utkania gruczołowego jajnika. *Sprawozd*). (*Revue de Chirurgie* 1886, Nr. 12).

Dr. Bossowski.

Förster: **O leczeniu krótkowidzenia.**

W wykładzie mianym na XVII ogólném zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy regencyi wrocławskiéj wypowiada Förster zdanie (które już dawniéj ogłosił), że wydłużenie oka będące przyczyną krótkowidzenia i jego postępów nie tyle jest skutkiem naprężenia mięśnia akomodacyjnego, ile raczéj obu mięśni prostych wewnętrznych. Krótkowidzenie zmusza do mocnéj i przeciągłéj zbieżności osi widzenia, a ta staje się przyczyną wzmagania się krótkowidzenia. Silna zbieżność łączy się z naprężeniem nie tylko mm. prostych wewnętrznych, ale także i ich przeciwników, ucisk wywierany przez mięśnie na gałkę oczną zwiększa ucisk śródoczny, co sprawia rozdęcie twardówki w miejscu najpodatniejszém, to jest po skroniowéj stronie tarczy n. wzrokowego. Jak wiadomo obwiniano dotąd, zdaniem autora błędnie, przedewszystkiém natężenie akomodacyi o wywoływanie i zwiększanie się krótkowidzenia, gdy jednakże krótkowidz przy téj saméj pracy akomodacyjnéj potrzebuje mocniejszéj zbieżności, a przy równéj zbieżności mniejszego natężenia akomodacyi od człowieka z oczyma miarowemi lub nadmiarowemi, musiałyby zmiany około tylnego bieguna, właściwe krótkowidzeniu, wytwarzać się raczéj w oczach nadmiarowych, jako takich, które robią największe wysiłki akomodacyjne. Krótkowidzenie musiałoby daléj wzmagać się u wszystkich krótkowidzów, używających szkieł równych lub mocniejszych od stopnia krótkowidzenia, temu zaś sprzeciwiają się spostrzeżenia F., według których w takich przypadkach krótkowidzenie nie postępuje. Kurcz mięśnia rzęskowego spostrzegany często u krótkowidzów ma w tém swoją przyczynę, że ten mięsień kurczy się synenergicznie z mocną zbieżnością. Jeżeli krótkowidza uwolni się od potrzeby silnéj zbieżności osi widzenia, usunie się tém samém skłonność mięśnia rzęskowego do zbytniego kurczenia. Zdaniem autora należy więc młodym krótkowidzom z prawidłową akomodacyą dawać szkła wklęsłe, znoszące całe krótkowidzenie, przyczém zrobi się spostrzeżenie, że kres dali wzrokowéj oddali się często i to nawet bardziéj niż po atropinie. Odległość przy czytaniu powinna wynosić 0·40 a należy baczyć na to, ażeby krótkowidz zachowywał ją dobrze, co zapomocą przyrządów Sonneckera lub Kallmanna osiągnąć można, a prócz tego także łącząc szkła wklęsłe ze słabemi trójgranami z podstawą ku nosowi i zmuszając w ten sposób oczy do mniejszéj zbieżności osi widzenia.

(Zdaniem ref. Przegl. Lek. należy być ostrożnym z bezwarunkowém przyjęciem tych zapatrywań autora, sprzecznych z tém, co nauka dotąd podaje, niestwierdzonych jeszcze dostateczném doświadczeniem a pozostawiających niejednę wątpliwość). (*Breslauer ärztl. Zeitschrift* 1886 Nr. 4. Sprawozdanie w *Centralbl. f. pract. Augenh.* 1886 Kwiecień). *Rydel.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

XI zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 5 grudnia 1885.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Obecnych członków 20 i 1 gość.

Przewodniczący odczytuje pismo Towarzystwa przyjaciół Krynicy do Towarzystwa lekarskiego we Lwowie z prośbą, aby Tow. lek. poparło petycyję Tow. przyjaciół Krynicy do Wys. ck. Ministerstwa rolnictwa wniesioną, mającą na celu podniesienie zakładu zdroj. w Krynicy, częścią przez usunięcie istniejących dotąd wadliwych urządzeń, częścią zaś przez uskutecznienie takich urządzeń, jakich brak dotkliwie czuć się daje. Na wniosek kol. Kadyjego odstąpiono petycyję Radzie zawiadowczéj Tow. lek. gal. do rozpatrzenia i załatwienia w sposób korzystny dla sprawy.

Przewodniczący oznajmia następnie interesowanym, że kol. Szpilman zamyśla dać kurs bakteryjologiczny w pracowni epidemijologicznéj krajowéj Rady zdrowia.

Kol. Feigel okazuje napotkane przy sekcyjach: 1) przyp. *Epispadiaseos totalis completae* 2) przyp. *Defectus totalis vaginae, rudimenta uteri bicornis et bipartiti* 3) trzy przyp. porencefalii. Poczém omawia pokrótce porencefaliję, która jest stosunkowo rzadko napotykaną. Kundrat, Klebs, Heschl, Roger, Biesiadecki, przy sekcyjach i w muzeach naliczyli dotąd 47 przypadków porencefalii znanych i ogłoszonych, tak że z trzema dzisiaj okazanemi liczba ogólna znanych dotychczas przypadków wynosi 50. Okazane mózgi dotknięte porencefaliją dotyczą: jeden kobiety Teresy Goralowy z II oddziału chorób wewn. tutejszego szpit. Rozpoznanie szpitalne było: *Oedema pulmonum, paralysis nervi facialis, neuralgia trigemini, otitis dextra, meningitis.* Sekcyja wykazała: *porencephalia, otitis dextr. exter. et inter. subseq. carie ossis petrosi dextri et meningitide purulenta dispersa basilari et convexitatis lobor. frontalium cerebri. Porencephalia (defectus cystiformis convexit. hemisph. maj. dextrae submeningealis magnit. mali). Pneumonia hypostatica dextra. Oedema pulm. sin.* Drugi przypadek dotyczy chorego żebraka, 24 letniego Leiby Curika, który umarł na oddziale chor.w. I. przybywszy tam konający: Sekcyja 31/1 1885 wykazała: *Porencephalia totius partis mediae hemispherae major. sin. usque in ventriculum lateralem sin. tendens. Atrophia simplex hepatis, lienis et renum. Catarrh. chron. et dilatatio ventriculi. Atrophia congenita insignis totius cordis. Tuberculosis chronica circumscripta apicum pulmonum. Hypostasis pulmonis dextri. Marasmus universalis.* Trzeci przypadek pochodzi z donoszonego noworodka płci żeńskiéj (córki Maryjanny Kunikowéj), który po urodzeniu w klinice położniczéj żył 24 godzin. Rozpoznanie kliniczne: niedodma płuc. Sekcyja dnia 23/4 1984 r. wykazała: *porencephalia (defectus cystiformis totius hemispherae majoris cerebri utriusque et gangliorum centralium et pedunculorum cerebri meningis occlusus et liquore seroso impletus). Atelectasis pulm. (cerebellum et medulla oblongata adsunt).*

Omawiając stan patologiczny mózgu porencefaliją zwany, nadmienia prelegent, że tém nazwiskiem oznaczają stan mózgu wtedy, gdy się stwierdzi obecność braków lejkowatych w istocie mózgu wielkiego od istoty korowéj rozmaicie w głąb szerzących się. Zwykle braki te dotyczą mózgu, a mianowicie wypukłości mózgu, zwoje zaś podstawowe zwykle są zachowane. Rozmiary owych braków są, jak to widać na okazach, rozmaite. Czasem brakuje tylko pojedyńczych zwojów lub części tychże, czasem zaś brak jest bardzo rozległy i zajmuje znaczną część albo całą powierzchnię półkul mózgowych. Niekiedy nie komunikują te braki z komórką boczną, ani z przestrzenią podpajęczą, niekiedy zaś komunikują z komórką boczną a gdy zaniknie także częściowo opona pajęcza nad takim brakiem, to komunikują wtedy i z przestrzenią podpajęczą. Niekiedy są owe braki jednostronne, innym razem zaś mogą być na obu półkulach. Jamki przez te braki powstałe są najczęściéj wypełnione cieczą surowiczą, bezbarwną niekiedy zaś płynem białym podobnym do mleka, w którym napotyka się szczątki naczyń jakby nitki, w różnych kierunkach przebiegające. Ściany tych braków (niekiedy do jam podobnych) utworzone są z tkanki mózgowéj zapalnie zgęszczonéj, niekiedy i barwikiem zabarwionéj, a przy brakach więcéj powierzchownych wyścielane są przez *meninx vasculosa,* oddzieloną przez ciecz surowiczą, nagromadzoną od opony pajęczéj. Porencefalija, jak z okazanych preparatów widać, może być albo wrodzoną, albo téż nabytą późniéj. Wrodzona jest częstszą niż nabyta. Cechą wrodzonéj jest nienormalna konfiguracyja, mianowicie zaś promieniste ułożenie zwojów otaczających brak, tak że zwoje te mogą nawet częściowo zaginać się do jamki braku mózgu. Przy nabytéj porencefalii zaś są zwoje otaczające brak prawidłowo ukształtowane, a na brzegu jamki, gdzie mózgu brak, ostro mniéj więcéj odgraniczone, jakto na jednym okazie dokładnie widzieć można. Wrodzona porencefalia powstaje, zdaje się, w drugiéj połowie życia płodowego, albowiem bruzdki główne już zwykle wykształcone i naznaczone. Co do przyczyny porencefalii, zdaje się, że zniszczenie już istniejących części istoty mózgowéj powstaje przez niedostateczne krążenie, tłuszczenie i rozpad drobinowy istoty

mózgowéj; albo że może brak jest pewnych naczyń i dla tego nie wytwarza się w ich okręgu istota mózgowa. Czy stłuszczenie pomienione powyżéj uważać należy jako *Encephalitis* częściową wywołaną niedokrewnością odpowiedniéj części mózgu, czy uważać je należy jako następstwo trombozy, embolii, lub téż zmniejszonego dowozu krwi z powodu zwężenia naczyń, osłabienia czynności serca itp., o tém dziś jeszcze stanowczo sądzić nie można i rzecz tę mogą dalsze badania dopiero wyjaśnić. Klinicznie przedstawia się porencefalija różnie, bądź jako idiotyzm, bądź téż jako rozległe różne porażenia i kontraktury, bądź wreszcie nie wywołuje żadnych objawów i nie może być za życia rozpoznawaną. Bardzo niezwykły a możebnie nawet unikatem jest okazany 3 przypadek porencefalii, w którym nietylko półkule lecz i zwoje centralne mózgu zupełnie znikły. (Przypadki te będą obszernie opisane i ogłoszone drukiem). (Dok. nast.).

V. Zapiski kazuistyczne z zakładu sądowolekarskiego prof. E. Hofmanna w Wiedniu.

Podał Dr. Schaitter.

Przez czas dłuższy bawiąc we Wiedniu miałem sposobność brania udziału w sekcyjach sądowo i policyjnolekarskich wykonywanych w zakładzie prof. Hofmanna. Niektóre z przypadków spostrzeganych zajęły w wysokim stopniu moją uwagę, a w nadziei, że nie tylko lekarze, którym poruczono wykonywanie czynności sądowolekarskich lecz i zajmujący się innemi gałęziami nauki naszéj potrafią może znaleźć w moich opisach szczegóły mniéj znane lub rzadziéj napotykane, przystępuję do ogłoszenia krótkich zapisków, robionych za uprzejmém pozwoleniem kierownika zakładu.

Zakład ten stanowi śmiało rzec można szkołę sądowolekarską, zasobną we wszystko, czego żądać można, aby się wykształcić w medycynie sądowéj. Pomieszczenie w salach obszernych i jasnych, oświetlanych wieczorem światłem elektryczném, tuż obok wzorowego zakładu chemicznego prof. Ludwiga, gdzie rozbiory sądowo-chemiczne swobodnie wykonywać można, kierownictwo jednego z pierwszych lekarzy sądowych Europy, pomoc uczynnych asystentów, oto warunki, wśród których korzysta się w Wiedniu z nader obfitego materyjału, jakiego daremnie szukać w innych stolicach. Dość przytoczyć, że w roku 1885 wykonano sekcyj policyjno-sanitarnych 662, sądowych 163, oprócz licznych zwłok samobójców, które służą do ćwiczeń dla uczniów i do najrozmaitszych doświadczeń, aby dać poznać jak ułatwionem jest tutaj zadanie profesora, któremu zawdzięcza powstanie obfite muzeum sądowolekarskie i aby przekonać, że prace naukowe podejmowane na podstawie takiego materyjału mogą posunąć naprzód naukę i rozjaśnić wiele pytań dotąd spornych.

To też nie dziw, że w sali wykładowéj zakładu napotyka się reprezentowane nie tylko wszystkie narodowości Austro-Węgier, lecz także licznych lekarzy przybywających wyłącznie w celu kształcenia się w medycynie sądowéj i zajętych tamże pracami naukowemi. W ostatnich czasach było w Wiedniu w tym celu kilku Amerykanów, Francuzów, Rosyjan a obecnie pracuje od kilku miesięcy Japończyk Dr. Katayama z Tokio i Szwed Dr. Key-Aberg były asystent uniwersytetu w Stokholmie.

W zapiskach niniejszych ograniczam się do podania dat najważniejszych, potrzebnych dla zrozumienia przedmiotu a z obszernych protokółów sekcyj przytaczam tylko to, co ma bezpośredni związek z kwestyją omawianą. Zapiski wraz z uwagami podaję w takim porządku, w jakim zdarzały się na stole sekcyjnym w przekonaniu, że czytanie suchych opisów przypadków podobnych lub należących do jednéj grupy jest nużącém.

I. Osteomalacyja. Kobieta lat 50 licząca, z zawodu wyplatająca krzesła, zmarła bez opieki lekarskiéj. Wywiady wykazały, że osoba ta już od kilku miesięcy chorowała i z łóżka się nie podnosiła. Przy sekcyi znaleziono oprócz rozległéj i głębokiéj odleżyny w okolicy kości krzyżowéj owrzodzenia na obu podudziach. Klatka piersiowa skrócona w skutek bardzo znacznego podwójnego esowatego skrzywienia stosu kręgowego, żebra uderzająco giętkie. Obojczyk lewy w tylnéj trzeciéj części kątowato wygięty i nieprawidłowo ruchomy. Obydwie łopatki biodrowe dają się nawet przy lekkim ucisku wgiąć ku jamie brzusznéj. Kość udowa prawa okazuje nieprawidłową ruchomość w dwu miejscach: w górnéj trzeciéj części i tuż nad stawem kolanowym. Po nacięciu widać, że trzon kości stanowi jedynie cienka blaszka kostna, dająca się łatwo palcami ugiąć, w miejscach zaś gdzie istnieje nieprawidłowa ruchomość widać złamania téjże blaszki. Jama szpikowa nader szeroka, wypełniona brunatno-czerwoną miazgą. Kość udowa lewa przedstawia też same zmiany i złamanie w dolnéj trzeciéj części, w tém miejscu jest nadto okostna zgrubiała. Kości czaszkowe prawidłowe, jedynie istota gębczasta więcéj w krew obfituje niż to bywa zazwyczaj. Opony miękkie i twarda prawidłowe, mózg również bez zmian. Dopiero po odjęciu opony twardéj od podstawy czaszki spostrzega się, że okolica siodła tureckiego jest mocno zaczerwieniona a kość w tém miejscu tak podatna, iż część siodła swobodnie ku tyłowi i przodowi przeginać można bez obawy złamania téjże. W mniejszym stopniu okazują się podatnemi małe skrzydła kości klinowéj. Narząd oddechowy nie przedstawia zmian głębszych. Serce małe, mięsień gliniasto zabarwiony i nader kruchy. Śródsierdzie miejscami ścięgnisto zgrubiałe. Wątroba mała, blada. Po wyjęciu trzew widać zniekształtnienie bardzo znaczne kości miednicowych obydwie bowiem panewki kości udowych zdają się niejako wtłoczone w głąb miednicy, w skutek czego wejście do miednicy małéj przedstawia trójkąt o bokach ku wewnątrz wklęsłych, a spojenie łonowe sterczy ku przodowi w postaci dzióba.

Przypadek zrządził, że tego samego dnia poddanemi były sekcyi zwłoki osoby wiekowéj, zmarłéj nagle z przyczyny wewnętrznéj. Kości osoby téj były w skutek zaniku starczego również nader kruche a żebra np. można było łamać bez użycia wielkiéj siły. To też bardzo pouczającém było porównanie przypadku tego z przypadkiem osteomalacyi i wykazanie różnicy nie tylko w kolejności zmian, które u starców zajmują równocześnie cały szkielet, u osób dotkniętych osteomalacyją oszczędzają najdłużéj kości czaszkowe, lecz także uwydatnienie różnic zmian anatomicznych, które tak w jednym jakotéż drugim przypadku prowadzą do zmniejszenia odporności układu kostnego. W tych razach bez wątpienia użyje lekarz sądowy w obec złamania słów ustawy o postępowaniu karném: czyn karygodny nie sprowadził obrażenia już z natury swéj w ogólności lecz w skutek osobistego ustroju i stanu, w jakim znajdował się obrażony.

II. Nagła śmierć w okresie początkowym ostréj choroby zakaźnéj. Niewiasta 22 lat licząca, służąca, skarżyła się popołudniu na bóle w brzuchu, nad wieczorem pojawiły się kilkakrotnie wymioty i dwa stolce wodniste. Objawy jednak chorobowe nie były tego rodzaju iżby pomoc lekarska była za niezbędną uznaną. Dnia następnego z rana zastano osobę tę w łóżku nieżywą.

Przy zarządzonéj sekcyi policyjno-sanitarnéj okazało się

co następuje: Zwłoki osoby dobrze zbudowanéj o miernéj podściółce tłuszczowéj. Spojówki okazują zaledwie widoczne żółtawe zabarwienie. Brzuch miernie wzdęty i pokryty plastrem, po zdjęciu którego nie widać powierzchownie żadnych zmian. Powłoki czaszkowe, czaszka i mózg bez zmian. Serce wiotkie zawiera nieco krwi płynnéj, ciemnéj, osierdzie gdzieniegdzie ścięgnisto zgrubiałe. Mięsień sercowy gliniasto zabarwiony, kruchy, śródsierdzie zgrubiałe, również zgrubiałą jest miejscami błona wewnętrzna aorty. Płuca wolne, miąższ miernie w krew obfituje, wszędzie powietrzny. Wątroba rozmiarów prawidłowych, brunatno-szarawa, niedokrewna, toż samo i nerki, które oprócz ćmawego wejrzenia nie przedstawiają zmian głębszych; śledziona częściowo zrośnięta z przeponą, powiększona, torebka napięta, miejscami zgrubiała, miąższ bardzo miękki, rozłażący się. Żołądek próżny, błona śluzowa pokryta mierną ilością śluzu nie wydaje żadnéj woni nieprawidłowéj oprócz właściwéj kwaskowatéj, oddziaływa kwaśno i zmian, a w szczególności żadnych wybroczyn, nie przedstawia. Dwunastnica również nie przedstawia nic nieprawidłowego, dopiero w jelicie biodrowém widać treść ciemno-brunatną, rzadką, w małéj ilości, wśród któréj odróżnić można strzępki téjże saméj barwy silniéj do błony śluzowéj przylegające, po usunięciu tych strzępków nie widać w jelicie żadnych zmian na błonie śluzowéj. Jelito grube wypełnione treścią płynną obficie żółcią ubarwioną bez żadnéj woni obcéj. Pęcherz moczowy zawiera około 100 grm. moczu mętnego z domieszką krwi i śluzu, błona śluzowa tegoż nastrzykana. Błona śluzowa pochwy również silnie nastrzykana zwłaszcza w górnéj części i pokryta znaczniejszą ilością śluzu ropiastego. Macica rozmiarów prawidłowych jama jéj próżna. Badanie jamy ust, połyku, gardziela i krtani nie wykazuje żadnych zmian w tych narządach. Mikroskopowo wykazano w mięśniu sercowym ziarnienie a częściowo stłuszczenie wybitne, toż samo w wątrobie i przybłonkach kanalików w nerkach. Zmiany te jednak nie były tak rozległe jak to bywa w otruciu fosforowém. W szczególności nadmienić wypada, że nigdzie w narządach nie zdołano wykazać żadnych wybroczyn. Pomimo tego, w obec stłuszczenia narządów miąższowych i śladu żółtaczki na spojówkach najbliżéj leżało przypuszczenie, że się ma do czynienia z otruciem fosforowém z nader szybkim przebiegiem. Przeciw temu przypuszczeniu przemawiał wprawdzie ostry obrzęk śledziony, mimo to jednak poddano natychmiast treść jelit badaniu chemicznemu na fosfor, którego jednak nie wykryto. Nie pozostało więc nic innego jak przypuścić w tym przypadku, że śmierć nastała w początkowym okresie jakiéj ostréj choroby zakaźnéj, albo że nastąpiła w skutek sprawy septycznéj z nader gwałtownym przebiegiem, za czém świeże ostre zapalenie pęcherza moczowego i pochwy, zapewne przyrody zakaźnéj, tém więcéj przemawia. Zdaniem prof. Hofmanna, zdarzają się w tutejszym zakładzie od czasu do czasu przypadki podobne, w których trudno bardzo zdać sobie sprawę z rezultatu sekcyi, gdyż do ujęcia wszystkich objawów znalezionych w ramy jednego obrazu zawsze czegoś nie dostaje. Zazwyczaj w tych przypadkach wywiady, jak i w niniejszym, nie są w stanie rozwiązać zagadki, do przypuszczenia otrucia, do czego bardzo skłonni są profani, nie ma podstaw należytych tak, że jedynie z pewném prawdopodobieństwem można coś powiedzieć o przyczynie śmierci. Każdy zgodzi się na to, że w takich przypadkach lepiéj zaiste przedstawić władzy, z polecenia któréj sekcyję wykonano, istotny stan rzeczy i wątpliwość uwydatnić w orzeczeniu, aniżeli być stanowczym bez podstaw należytych a z ujmą dla sprawiedliwości.—Jeżeli przypadki zagadkowe tego rodzaju zdarzają się od czasu do czasu w tutejszym zakładzie gdzie są pod ręką wszelkie sposoby badania jakiemi tylko posługuje się nauka, po stronie zaś znawców lekarskich jest gruntowna wiedza i rozległe doświadczenie, a pomimo tych warunków przypadki te pozostają zagadkowemi, a znawców nie stać na orzeczenie stanowcze, to tém częściéj muszą zdarzać się na prowincyi, gdzie zazwyczaj nie ma się warunków tak korzystnych, pomimo tego jednak względnie rzadko słychać o podobnych przypadkach. Obym się mylił w przypuszczeniu mojém, że nieraz zapewne znawcy więcéj orzekają aniżeli ich na to stać na podstawie wyniku sekcyj lub rozbiorów chemicznych. W każdym razie postępowanie tego rodzaju przynosi szkodę sprawiedliwości i nauce, téj ostatniéj dla tego, że w skutek stanowczego orzeczenia lekarzy powodujących się fałszywym wstydem, zostaje zamkniętą droga dla badania dokładniejszego czysto mikroskopowego lub chemicznego a przypadek mający może doniosłe naukowe znaczenie przepada dla nauki bezpowrotnie. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z odry umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach duru osutkowego i 1 róży. W tygodniu od 9—15 maja umarło z ospy: w Pradze i w Zurychu po 5, w Wiedniu 2, w Paryżu 6, w Petersburgu 2, w Odesie 4. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Petersburgu po 2, w Amsterdamie i Odesie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 4. Z cholery umarło w Wenecyi 39. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 10, w Petersburgu 23. Z odry umarło: w Berlinie 22, w Paryżu 34, w Londynie 48, w Petersburgu 39. Z płonicy umarło w Petersburgu 24. Z błonicy umarło w Berlinie 29, w Hamburgu 15, w Paryżu 35, w Londynie 26, w Petersburgu 20. Z krztuśca umarło w Paryżu 17, w Londynie 76.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,2; w Brodach 38,2; w Drohobyczu 82,6; w Kołomyi 40,8; w Przemyślu 42,0; w Stanisławowie 45,9; w Tarnopolu 22,1; w Tarnowie 34,7; w Czerniowcach 34,7; w Warszawie 26,5; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 33,3; w Pradze 48,6; w Lincu 41,0; w Salcburgu 41,2; w Gracu 35,1; w Lublanie 55,2; w Tryjeście 30,2; w Insbruku 21,3; w Bernie 49,9; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 40,4; w Berlinie 24,8; we Wrocławiu 29,5; w Gdańsku 30,8; w Dreźnie 21,2; w Hamburgu 31,2; w Kolonii 23,2; w Lipsku 24,8; w Mnichowie 30,0; w Strasburgu 32,9; w Amsterdamie 22,7; w Bazylei 18,4; w Brukseli 29,2; w Chrystyjanii 17,9; w Genewie 28,1; w Kopenhadze 29,9; w Londynie 17,8; w Odesie 23,2; w Paryżu 27,6; w Petersburgu 43,3; w Pradze 40,0; w Stokholmie 26,9; w Wenecyi 33,3; w Zurychu 35,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 czerwca. Prof. Teichmann w roku bieżącym obchodzić będzie 25-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego w Uniw. Jagiell. Mianowany profesorem zwyczajnym, zrazu anatomii patologicznéj, we wrześniu 1861 r. objął on katedrę z początkiem roku szkolnego 1861/2. Ponieważ jubileusz przypada na czas wakacyj, więc uczniowie Wydziału lekarskiego postanowili święcić go przed rozejściem się na feryje, a mianowicie już d. 3 lipca rb. W swoim czasie podamy bliższe szczegóły.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego zapadła uchwała, aby d. 5 bm. prezes imieniem Towarzystwa przesłał drogą telegraficzną serdeczne życzenia jubilatowi prof. Bara-

nowskiemu w Warszawie. Następnie prof. Rydel przedstawił bardzo rzadki przypadek obrzęku gruczołu łzowego, Dr. Rosner Jan odczytał rozprawkę, która będzie umieszczoną w naszém piśmie, a wreszcie Dr. Braun okazał spiryle z przypadków obserwowanych w szpitalu św. Łazarza, a wykład jego o gorączce powrotnéj odroczono do przyszłego posiedzenia. W rozprawach wzięli udział proff. Madurowicz, Obaliński i docent Mars.

* Na wczorajszém posiedzeniu Rady m. Krakowa zapadła uchwała wysłania weterynarza miejskiego Dra Walentowicza kosztem miasta do Paryża celem zapoznania się ze sposobem szczepienia Pasteura. Dr. Walentowicz niebawem wyjeżdża do Paryża.

* Jeden z zdolniejszych i pilniejszych naszych młodszych lekarzy, Dr. Wiczkowski, dotychczas asystent przy zakładzie chemii lekarskiéj, odbywszy właśnie egzamin na fizyka z postępem celującym, opuszcza Kraków, aby objąć we Lwowie posadę sekundaryjusza przy tamecznym szpitalu powszechnym, gdzie zarazem pełnić będzie obowiązki chemika szpitalnego. Posada ta, od śmierci śp. Dra Żulińskiego, jest opróżnioną, a Wydział krajowy, jak się zdaje, zamierza nie obsadzić jéj więcéj. Nie wchodzimy w powody, dla których posada chemika szpitalnego uznaną została za zbyteczną, mamy jednak nadzieję, że Dr. Wiczkowski usilną pracą i gorliwością w pełnieniu swych obowiązków potrafi oddać usługi szpitalowi powszechnemu a tém samém dowieść ważności i znaczenia posady, która mu, jakkolwiek pod inną nazwą i w innéj postaci, faktycznie powierzoną zostaje.

* Akademija Umiejętności w Wiedniu przyznała nagrodę Baumgartnera w kwocie 1000 zła. prof. Wróblewskiemu w Krakowie za prace koło zgęszczania gazów, posuwające naprzód fizykę.

* W Cieplicach czeskich do d. 26 maja było gości 865, w Giesshüblu 45.

* **Warszawa.** D. 5 b. m. odbędzie się uczta składkowa celem uczczenia 25-letnich zasług prof. Baranowskiego. *(Medycyna)*.

* **Wiedeń.** Na opróżnioną po ustąpieniu prof. Spätha katedrę kliniczną komisyja przez Wydział wyznaczona proponuje jedynego kandydata: radzcę dworu Breiskiego z Pragi, pomijając innych kandydatów, jakimi są: proff. Braun Gustaw, Schauta, Bandl, Rokitansky i Kleinwächter, jakkolwiek uznaje ich zasługi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Edmund Kowalski rodem z Poręby małéj i Antoni Schwenk z Krakowa.

* **Nekrologija.** W Brzesku umarł z zapalenia płuc Dr. Józef Gońka w 33 a w Zamościu Dr. Zygmunt Skrzyński w 64 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 22: Szaniawskiego (w Karsie): Kilka słów o leczeniu wrzodu okrągłego żołądka za pomocą jodku potasu. — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 6: Szpilmana: O wylęganiu się wścieklizny (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Jegerowa: Przyczynek do nauki o zwoju ocznym; Funka: Kilka uwag dotyczących leczenia łuszczycy; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.); Orłowskiego: Sprawozdanie z oddziału chirurg. mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r.

Redakcyja otrzymała:

B. WOJCIECHOWSKI: Projekt przyrządu do pisania po omacku. (Odbitka z „Gazety Lek.“ 1886) in 8vo str. 3.

Dr. ANJEL: Aphorismen zur Oertel'schen Entfettungsmethode. (Odbitka z „D. med. Woch.“ 1886) in 8vo str. 5.

Dr. J. SZPILMAN: O wylęganiu się wścieklizny. Studyjum doświadczalne. (Odbitka z „Przegl. Weteryn.“) Lwów 1886 in 8vo str. 23.

Nerwnyja zaboliewania u żenszczin. Znaczenie kastracii pri newrozach. Prof. A. Hegara. Perewod s niemeckago M. Szmigelskago. Pod redakciei docenta S. Daniłły (Iz żurnala „Meżdunarodnaja Klinika“). St. Petersburg 1886, in 8vo str. 84.

Dr. S. DOBIESZEWSKI: Les eaux de Marienbad et leurs indications thérapeutiques. Marienbad, 1886 in 8vo str. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 232.

KONKURS

rozpisuje się niniejszém na posadę asystenta przy klinice położniczéj począwszy od 1 października r. b.

PP. Kandydaci zechcą wręczyć podania swoje podpisanemu dziekanowi do końca b. m.

Kraków dnia 2 Czerwca 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

L. 258[D]

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na dwie posady Asystentów lekarskich przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadowalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie.

Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z wszechnic Państwa Austryjackiego.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi tutejszego szpitala bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów dnia 22 maja 1886 r.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

O R G A N
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 czerwca 1886. №. 24. Rok XXV.

I. Jeszcze w sprawie pierworzędnéj enterorafii po wycięciu pętli jelitowéj zgorzelą dotkniętéj.

Skreślił Prof. Dr. Obaliński w Krakowie.

Przed rokiem ogłosiłem w warszawskiéj *Medycynie* pracę (Szkice hernijologiczne, których treść opowiedziałem także w Tow. lek. krak. na dniu 4 lutego 1885), w któréj uwzględniłem wszystkie moje w ciągu lat 15tu obserwowane przypadki przepuklin uwięźniętych a zastanawiając się nad różnemi z materyjałem tym w związku stojącemi kwestyjami objawiłem także swoje zdanie, na własném doświadczeniu oparte, co do sprawy zachowania się chirurga w obec napotkanéj w przepuklinie zgorzeli jelita; gdy jednak sprawa ta ostatecznie jeszcze w literaturze lekarskiéj nie została rozstrzygniętą, przeto uważam wszelkie przyczynki kazuistyczne jéj dotyczące nietylko za usprawiedliwione, lecz nawet za pożądane i dla tegoto pospieszam z ogłoszeniem moich świeżych pięciu w ubiegłym roku postrzeganych przypadków.

1. *Fistula stercoralis post herniam incarceratam cruralem dextram. Resectio intestini. Enteroraphia. Sanatio.*

Magdalena N., lat 50 licząca, miała od 1½ roku przepuklinę wolną po stronie prawéj, która z końcem kwietnia 1885 r. musiała uwięznąć, jak to wynika z opowiadania choréj, gdyż wystąpiły bóle i nieporuszalność guza w pachwinie, nudności i wymioty. Po tygodniowém trwaniu takich objawów wytworzył się w guzie ropień, po otwarciu którego odpłynęło dużo kału płynnego, poczém powoli zaczął odchodzić tenże w części przez odbytnicę a w części przez przetokę pachwinową.

W dniu przyjęcia, a więc 24go maja 1885, znalazłem na zewnątrz i poniżéj od *tuberculum pubicum dextrum* otwór wielkości półcentówki otoczony bujną ziarniną, z którego od czasu do czasu odpływała ciecz żółta kałem cuchnąca.

Gdy przez kilka tygodni stosowane kąpiele, przyżegiwania i ucisk za pomocą bandażów nie pomagały, postanowiłem powyższą wadę usunąć przez resekcyję jelita i zeszycie obu końców, co też wykonałem na dniu 30go czerwca z. r.

Po okrojeniu otworu zewnętrznego starałem się odsłonić, ile możności na tępo, przewód prowadzący do jelita, następnie rozciąłem na 6cm. ku górze ścianę brzuszną i w ten sposób dostałem się do owego jelita, które z poprzedniém przez resztki worka wytworzonym kanałem pod prostym kątem było połączone. Dalsza część operacyi, t. j. ostrożne wydobycie całości na zewnątrz, wycięcie téj części jelita, do któréj przylegał ów kanał i zeszycie obu końców jelita resekowanego ze sobą nie przedstawiały nic nadzwyczajnego. Po odprowadzeniu zeszytego jelita zamknięto ranę zewnętrzną w górze szwem płytkowym i jednociągłym, w dole zaś wytamponowano ją gazą jodoformową. W trzy tygodnie po operacyi opuściła N. szpital jako zupełnie wyleczona.

Przy téj sposobności uwydatniam, że w niniejszym przypadku stwierdziłem naocznie przy operacyi tak zwane uwięźnięcie jelita jednościenne *(Darmwandbruch, hernia Littriana)*, gdyż w jelicie zrośniętém z resztkami worka przepuklinowego znajdował się tylko jeden boczny otwór z jamą tegoż worka spólniczący.

2. *Hernia cruralis dextra incarcerata gangraenosa. Enteroraphia post resectionem intestini. Mors.*

Marcin K., lat przeszło 50 liczący, przywieziony przez organa policyjne jako znaleziony na ulicy w stanie zemdlenia. Po otrzeźwieniu znaleziono przepuklinę udową uwięźniętą jako przyczynę zemdlenia. Pacyjent opowiada, że stan ten trwa od dni czterech. Guz poniżéj i na zewnątrz od *tub. pub.* wielkości śliwki, bolesny, niedający się odprowadzić. Stan ogólny bardzo zły poprawił się nieco po wstrzyknięciu pod skórę eteru tak, że można było myśleć o wykonaniu hernijotomii koniecznie wskazanéj.

Pętla jelita uwięźniętego okazała się w rozległości 6cm. zczerniałą i bez połysku, odcięto ją przeto w zdrowém po

rozszerzeniu bramy przepuklinowéj, tak iż wycięty kawałek wynosił 10cm., przyczém śródjelicie odjęto w kształcie trójkąta. Zeszycie jednego i drugiego przedsięwzięto zwykłym sposobem i nader szybko, tak że cała operacyja w przeciągu niespełna godziny była ukończoną, mimo to zaczęło tętno przy zespojeniu rany zewnętrznéj słabnąć i nie podniosło się już pomimo wstrzykiwań eteru, nacierań skóry i gorących kamionek. W pół godziny po operacyi zakończył K. życie.

Sekcyja: *Hernia cruralis dextra radicaliter operata, resectio intestini ilei lege artis facta. Peritonitis universalis incipiens. Emphysema pulmonum, bronchitis et peribronchitis fibrosa chronica cum induratione et bronchiectasi lobi inferioris dextri. Oedema acutum pulmonum. Pleuritis fibrosa bilateralis praecipue dextra. Perihepatitis et perisplenitis fibrosa. Adhaesio anormalis flexurae sigmoideae. Catarrhus ventriculi chronicus levioris gradus.*

3. *Hernia crur. dex. incarcerata. Herniotomia, Enterectomia et Enteroraphia. Mors.*

Józefa Z., lat 48 licząca, przybyła na oddział z bólami w brzuchu od dwóch dni trwającemi, które jednak po zastosowaniu lawatyw wydatnych i przez nie wywołanych trzech stolcach obfitych znacznie się zmniejszyły, aby znowu po drugich 48 godzinach têm silniéj wystąpić. Dopiero powtórne badanie przezemnie samego dokonane wykazało, że przyczyną tych objawów była przepuklina udowa mała i niezwykle pomiędzy mięśniami uda ukryta, tak iż nawet nasuwała się myśl o obecności przepukliny otworu przysłoniętego *(hernia obturatoria)*. Przy operacyi znaleziono w worku przepuklinowym około 8cm. jelita już znacznie zmienionego, tak iż nie można było myśleć o odprowadzeniu jego do jamy brzusznéj, lecz musiano przystąpić do resekcyi jelita wraz z śródjeliciem, co téż uczyniono w kształcie trójkąta, którego podstawa wynosiła 10cm.

Gdy światła obu końców jelita resekowanego wcale co do średnicy się nie różniły, gdy stan otrzewny jelita doprowadzającego był dobrym również jak i stan sił pacyjentki, postanowiłem przystąpić do natychmiastowego zeszycia obu końców jelita i dla tego wprowadziłem poprzednio gruby dren do jelita doprowadzającego celem należytego wypróżnienia go z nagromadzonego kału, co jednak nie wywarło pożądanego skutku. Następnie zeszyto śródjelicie i jelito zwykłym sposobem i odprowadzono je po rozszerzeniu należytém bramy przepuklinowéj ku górze *(herniolaparotomia)* do jamy brzusznéj, poczém ostatnią zamknięto za pomocą szwów płytkowych i szwu jednociągłego. Stan choréj po operacyi był zadowalający, lecz w trzy godziny późniéj wystąpił stolec, po którym tętno zaczęło niknąć, chora z sił opadać i skarżyć się na bóle w brzuchu, aż wreszcie w 24 godzin po operacyi życie zakończyła.

Sekcyja: *Hernia cruralis dextra incarcerata recenter operata. Resectio partis intestini ilei. Peritonitis purulenta diffusa acuta. Oedema acutum pulmonum. Tumor lienis recens. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus.* Skóra blada. Odżywienie liche. W okolicy pachwinowéj prawéj poniżéj więzadła Pouparta cięcie operacyjne szwami spojone, po otwarciu którego można przejść palcem ku górze aż do jamy brzusznéj. W ranie téj znajduje się obfita ropa. Worek przepuklinowy wycięty, natomiast przy wejściu wewnętrznêm do kanału przepuklinowego wyczuć można guzowate nierówności ściśle tamże przyrośniętéj sieci większéj. Silne nastrzykanie niejednostajne otrzewny trzewowéj i ściennéj i wypocina ropna, częścią włóknikowa, jelita rozdęte między sobą zlepiająca i wolno w miednicy małéj nagromadzona, jeszcze jednak w miernéj ilości. Najwybitniejsze zmiany w okolicy podbrzusza prawego, gdzie dolny koniec zgrubiałéj sieci jest nadto silnie przyrośnięty do okolicy więzadła Pouparta. Po rozplątaniu jelit zlepionych między sobą wypociną świeżą znaleziono w odległości 20cm. od zastawki Bauhiniego zeszyte między sobą dwa końce jelita biodrowego. Po rozcięciu téj pętli w miejscach szwów spostrzeżono na błonie śluzowéj tylko małe podbiegnięcie krwawe, nigdzie zaś partyi nekrotycznéj.

4. *Hernia inguinalis ext. dextra incarcerata. Herniolaparotomia. Resectio intestini et enteroraphia. Sanatio.*

Jan N., karbowy, lat około 40 liczący, skarży się na przypady niedrożności powstałe w przepuklinie przedtêm ruchoméj od 48 godzin. Po otwarciu worka przepuklinowego znaleziono wśród mętnego przesięku pętlę jelitową około 8cm. długą ciemno siną z tu i owdzie rozsianemi szaremi plamami bez połysku. Jeszcze gorzéj, bo zupełnie szaro i bez życia, wyglądało miejsce uciśnięte w saméj bramie przepuklinowéj, gdy je wydobyto na zewnątrz po nacięciu téjże. Tak jelito doprowadzające jak i odwodzące wyglądały tuż ponad miejscem uciśniętêm zupełnie prawidłowo. Po resekcyi całéj choréj pętli w kształcie trójkąta z podstawą na 9—10cm. długą wprowadziłem gruby dren do jelita doprowadzającego, poczém o d p ł y n ę ł o o k o ł o p ó ł l i t r a k a ł u r z a d k i e g o. Zespojenie śródjelicia i jelit nastąpiło zwykłym sposobem, dodać tylko należy, że tak w celu łatwiejszego i dokładniejszego wykonania tych rękoczynów, jak jeszcze bardziéj w celu łagodnego odprowadzenia świeżo zeszytego jelita rozcięto kanał pachwinowy w całéj jego grubości na 4cm. ku górze *(herniolaparotomia)*.

Przebieg choroby po operacyi był nader szczęśliwy. Rany zrosły się *per primam*, wymioty ustały, trzeciego dnia odeszły pierwsze wiatry a szóstego dnia naturalny stolec.

5. *Anus praeter naturam post herniam scrotalem incarceratam sinistram. Resectio intestini et enteroraphia. Sanatio.*

Piotr B., lat 25 liczący, górnik, przybył dnia 21 grudnia 1885 na oddział uskarżając się, że od kilku tygodni oddaje stolec sztucznym otworem w pachwinie lewéj. Badanie wykazało tam kilka otworków otaczających jądro lewe, umocowane w samêm ujściu zewnętrznêm kanału pachwinowego, pozbawione powłok zewnętrznych a natomiast pokryte bladą ziarniną; wywiady zaś, że stan ten powstał w następstwie uwięźnienia przed 7 tygodniami przepukliny pachwinowéj powstałéj przed kilku laty obok jądra umieszczonego w samym kanale pachwinowym. Pomimo bardzo lichego stanu odżywienia pacyjenta przystąpiono zaraz do operacyi z uwagi, iż odżywienie w tym przypadku ucierpiało w skutek sztucznéj odbytnicy, wysoko w jelicie cienkiêm umieszczonéj. Po zachloroformowaniu odsłonięto kanał pachwinowy, odcięto jądro nieprawidłowo tamże umieszczone, odszukano pętlę jelita niegdyś uwięźnioną a obecnie dwoma otworami w skórze zewnętrzną zakończoną, wykonano resekcyję obu ramion, które z sobą dwurzędowym szwem zespojono a w końcu ranę zewnętrzną szczelnie zamknięto. Przebieg był nader pomyślny. W 5 tygodni późniéj wyszedł pacyjent zupełnie zagojony i należycie odżywiony.

Z obecnych pięciu przypadków przypadają trzy na pierworzędną enterorafiję, dwa zaś na drugorzędną; ponieważ i teraz w pierwszym szeregu znajdujemy jedno wyleczenie przeciw dwom przypadkom śmierci, w drugim zaś obydwa

pomyślnie zakończone, trzebaby razem z wieloma innymi autorami wnosić, że pierworzędną enterorafiję należy raczéj opuścić na korzyść sztucznéj odbytnicy, tak jak to wynikało także z pierwszéj mojéj statystyki (l. c.), gdzie na siedm przypadków pierworzędnéj enterorafii tylko jeden zakończył się pomyślnie, gdy z drugiéj strony na dziewiętnaście czy to umyślnie założonych czy przypadkowo powstałych sztucznych odbytnic wyleczyło się pięć. Zesumowawszy moje przypadki razem dostajemy podobny rezultat, tj. dziesięć przypadków pierworzędnéj enterorafii z dwoma pomyślnemi czyli 1:5 i dwadzieścia jeden odbytnicy sztucznéj z siedmioma pomyślnemi czyli 1:3.

Jeżeli już poprzednie moje przypadki pozwoliły mi zbić twierdzenia Reichla, najzaciętszego przeciwnika pierworzędnéj enterorafii, to obecny materyjał popiera moje dowody jeszcze dobitniéj, a to tém bardziéj, ile że obydwa przypadki śmierci (powyżéj przytoczone) nie były bezpośredniém następstwem enterorafii, mogła ona bowiem tutaj tak dobrze nastąpić także po zwykłéj prostéj hernijotomii lub po założeniu sztucznéj odbytnicy (porównaj prot. sekcyi).

Znajduję więc w tém nowém zestawieniu potwierdzenie mego z poprzednich przypadków wysnutego wniosku, że nie należy tak zasadniczo odrzucać metody mogącéj dać w poważnéj liczbie przypadków dobre rezultaty. Do nich zaliczam wszystkie te, w których w bardzo krótkim stosunkowo czasie przychodzi do zgorzeli pętli uwięźniętéj, gdzie zatém nie ma na to czasu, aby wyrobiły się zmiany w ścianach jelita doprowadzającego. — Że zgorzel jelita wymagająca resekcyi pętli jelitowéj wystąpić może już między 24tą a 48mą godziną od chwili uwięźnięcia, potwierdzają obydwa moje przypadki, w których pierworzędna enterorafija uwieńczoną została dobrym skutkiem, mianowicie obs. XXIII z pierwszéj rozprawki (l. c.) i przypadek 4ty w obecném zestawieniu; że jednak i znacznie wcześniéj przyjść może do zgorzeli w uwięźniętéj pętli jelitowéj, niechaj za przykład posłuży następujący przezemnie wspólnie z kol. Rybczyńskim w roku ubiegłym postrzegany przypadek.

Do pani G. lat około 40 liczyć mogącéj o pierwszéj godzinie po północy przez tegoż kolegę zawezwany, zastałem ją wijącą się na łóżku od bólu wychodzącego z guza wielkości jaja gęsiego pod prawym więzem Poupartowym umieszczonego, który na pierwszy rzut oka jako uwięźnięta przepuklina udowa mógł być rozpoznanym. Gdy kol. R. oświadczył mi, że przy próbach odprowadzenia przepukliny dopiero od dwóch godzin uwięźniętéj chora od bólu omdlewa, zachloroformowaliśmy ją, lecz i w tym stanie odprowadzenie okazało się niemożebném. Z tego powodu postanowiłem odprowadzić przepuklinę drogą krwawą, co téż w kilka godzin późniéj, tj. o siódméj godzinie rano, a więc w ośm godzin od czasu wystąpienia uwięźnięcia, wykonałem. Pętlę jelitową znaleźliśmy już zupełnie czarną lecz jeszcze nieco połyskującą, tak że w obec tak krótkiego okresu uwięźnięcia nie mogłem się zdecydować na resekcyję jelita i odprowadziłem je w tym stanie do jamy brzusznéj. W 24 godzin po operacyi wystąpiły objawy zapalenia otrzewny, któremu chora w dalszych 24 godzinach uległa. Resekcyja jelita i enterorafija byłyby ją prawdopodobnie przy życiu utrzymały.

W takich więc przypadkach i im podobnych, w których w ogólności pętla uwięźnięta w skutek niezwykłego ucisku na jéj ściany bardzo szybko uległa zgorzeli a jelito doprowadzające nie miało jeszcze czasu doznać zmian następowych, uważam pierworzędną enterorafiję za absolutnie wskazaną. Wyjątek stanowićby tylko mógł stan ogólny chorego, któryby nie mógł w danéj chwili wytrzymać dłuższego rękoczynu, jakim jest enterorafija pierworzędna.

Za wręcz przeciwwskazaną uważam ją tam, gdzie zgorzeli uległa pętla jelitowa jest bardzo małą albo nawet tak zwaném uwięźnięciem jelita jednościenném (*hernia Littriana, Darmwandbruch*), gdyż w takich razach wyrabia natura sama przetokę kałową albo taką odbytnicę sztuczną, które częstokroć lżejszemi zabiegami niż enterorafija po okrężnéj resekcyi jelita wyleczyć się dają.

W pierwszéj mojéj rozprawce (l. c.) przytaczam cały szereg przypadków, w których nic nie robiono albo tylko ropień kałowy po prostu przecięto, a które w ciągu dalszym zagoiły się bez właściwéj pomocy chirurgicznéj, tj. bez następowéj operacyi.

Po środku między temi ostatacznościami kładę te przypadki, w których duża pętla i przez długi czas (a więc wyżéj 48 godzin) doznawała uwięźnięcia, przyczém obok zgorzeli znajdujemy zazwyczaj znacznie rozdęte jelito doprowadzające z otrzewną nastrzykaną. Tutaj przeważnie wypadnie założyć sztuczną odbytnicę, osobliwie jeżeli stan ogólny pacyjenta nie będzie bardzo świetnym lub jeżeli otrzewna najbliższéj okolicy okaże się zanadto podrażnioną; a nawet gdyby i te obydwa warunki dopisały, to w tych razach odważyć się możemy na pierworzędną enterorafiję tylko tam, gdzie uda nam się zatrzymany powyżéj kał dokładnie usunąć za pomocą grubego drenu kauczukowego. Kilkakrotnie bowiem doświadczyłem, że jakkolwiek nie przyszło do przebicia jelita w miejscu zeszycia z powodu zgorzeli, w myśl twierdzenia Madelunga i Kochera, to kał dostawał się, do jamy otrzewnéj między szwami w skutku silnego parcia płynnego kału przy zawcześnie pojawiającéj się funkcyi jelit. Sam makowiec, nawet i w dużych dawkach, nie zapobieże temu, jeżeli poprzednio nie opróżnimy jelita rozdętego.

W końcu dodać mi wypada jeszcze jednę uwagę dotyczącą techniki operacyjnéj: aby świeżo zeszyte jelito z łatwością i bez nadwerężenia módz odprowadzić do jamy brzusznéj, wykonywam w przypadkach enterorafii tak zwaną hernijolaparotomiję, tj. rozcinam bramę przepuklinową w górę na kilka centymetrów, co na gojenie się rany żadnego wpływu, na odprowadzenie zaś jelita tylko jak najlepszy wywierać może i wywiera.

II. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał Prof. Dr. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Doświadczenie III.

Kot. Badanie w tętnicy dogłowowéj, potém w udowéj, przed i po zatruciu kurarą.

Odległość kaniulki w tętnicy udowéj od podstawy serca 25 cm., w dogłowowéj 15 cm.

Wysokość słupa krwi o 25 cm. = 19 mm. rtęci
„ „ „ o 15 „ = 11 „ „
„ „ „ o 40 „ = 30 „ „

Peryjodyczne ściskanie brzucha.

A) Badanie w tętnicy dogłowowéj.

Pozycyje	I. Parcie określone	II. Parcie obliczone	III. Różnica	IV. Maximum	V. Minimum	VI. Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą	VII. W któréj sek. maxim. zmiany	VIII. Oblicz. parcie w carotis lub cruralis.	Uwagi
								Cruralis	
Poziomo	143			148	138			143	
Gł. w dół	152	154	— 2	158	146	1½	6	122	
Gł. do gory	154	130	+ 24	146	142	3¼	3	182	
po 1′	135	130	+ 5	130	—			165	
Gł. w dół	149	157	— 8	152	146	2	1	119	
po 30″	147	157	—10	148	146			117	
Gł. do góry	139	125	+ 19	137	130	1½	1½	169	
Poziomo	142	143	-- 1	146	139			142	
***B)* Badanie w tętnicy udowéj.**									
								Carotis	
Poziomo	140			146	134			140	
—	139			148	130			139	
Gł. w dół	126	120	+ 6	132	120	1½	1	156	
po 1′	124	120	+ 4	126	122			154	
po 15′	124	120	+ 4	127	120			154	
Głowa do góry	170	162	+ 8	180	162			140	
po 10″	174	162	+ 12	190	158			144	
po 15′	136	162	—24	138	130			106	
Zastrzyknięto niewielką dozę kurary, kot sam oddycha.									
								Carotis	
Gł. w dół przez 15′	86	106	—26	90	84			116	
Gł. do góry	118	124	— 6	130	106	2	3	88	
po 30″	141	124	+ 16	154	126	2	3	111	
Głow. w dół	106	103	+ 3	116	94	1½	5	136	
po 5′	100	103	— 3	102	98			130	
po 20′	108	103	+ 5	110	106			138	
Poziomo	130	127	+ 3	134	126			130	
Gł. do góry	144	149	— 5	150	136	2	2	114	
po 30″	147	149	— 2	168	136			117	
Gł. w doł	118	109	+ 9	122	94	2	12	148	
Poziomo	120	137	—17	122	118	2	2	120	
Doza kurary zwiększona.									
Poziomo	100			112	109			110	
Głowa do góry	118	129	—11	124	108			88	
po 1′	100	129	—29	102	96			70	
po 2′	80	129	—49	98	64			50	
po 1′	**78**	129	—51	80	76			48	
Gł. w dół	**102**	40	+ 62	112	94	2	1	132	
po 30″	96	40	+ 56	98	95			126	
Gł. do góry	108	134	—26	124	92	2½	2	78	
po 10″	109	134	—25	110	102			79	
Gł. w dół	102	71	+ 31	112	92	3	2	132	
po 1′	97	71	+ 26	98	96			127	
Gł. do góry	112	135	—23	128	96	3	2	82	
Ściskanie brzucha	149	135	+ 14	158	140			119	
Bez ściskania	106	135	—29	128	84			76	
Ściskanie brzucha	149	135	+ 14	152	144			119	
Bez ściskania	110	135	—25	128	93			80	
po 5′	120	135	—15	136	104			90	
Ściskanie brzucha	140	135	+ 5	148	134			110	
Bez ściskania	95	135	—40	120	70			65	do téj wysokości opadło parcie bezpośrdnio po zawieszeniu ściskania.
Bez ściskania	85	135	—50	90	80			55	
Ściskanie	124	135	—11	132	116			94	
Bez ściskania	81	135	—54	92	70			51	
								Ca roti	
Poziomo	81	72	+ 11	84	78			81	
—	72	72	—	80	64			72	
Gł. w dół	**82**	53	+ 29	98	76	2	1	112	
po 2′	**79**	53	+ 26	82	76			109	
Gł. do góry	**60**	117	—57	90	54	3½	2	30	
Po ½, ścisk. brzucha	130	117	+ 13	134	120			100	
Gł. w dół bezpośrednio po ustaniu uciskania	80	92	—12	94	74	2	3	110	
po 1′	70	92	—22	72	68			100	
Gł. do góry	52	108	—56	84	48	2	2	22	
Ściskanie brzucha	102	108	— 6	119	96			72	
Częst. ścisk. brzuch.	108	108	—	128	100			78	
Gł. w dół bezpośrednio po ustaniu uciskania	**85**	70	+ 15	90	80			115	
Poziomo	90	104	—13	94	85			90	

Przecięcie nerwów błędnych.

Pozycyje	I. Parcie określone	II. Parcie obliczone	III. Różnica	IV. Maximum	V. Minimum	VI. Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą.	VII. W któréj sekc. maxim zmiany	VIII. Parcie oblicz. w carotis lub cruralis	Uwagi
Poziomo	90			98	88			90	
Gł. w dół	**72**	71	+ 1	76	68			102	
Gł. do góry	**68**	110	—42	90	60	2	2	38	
po 30″	84	110	− 26	100	66			54	
Gł. w dół	**88**	42	46	98	70	2¼	1	118	

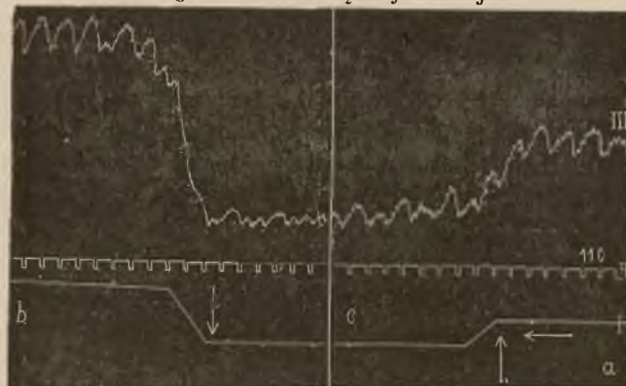
Przytoczone doświadczenie przedstawia kilka bardzo ciekawych szczegółów. Nasamprzód w stanie normalnym znajdujemy bardzo nieznaczne zmiany w tętnicy dogłowowéj i stosunkowo znacznie większe w tętnicy udowéj. Przytém, widzimy, że wahania oznaczone bezpośrednio i obliczone są bardzo bliskie, w czém mamy nowy dowód na poparcie zdania, że takie obliczanie ma podstawę. Daléj widzimy, iż parcie w tętnicy dogłowowéj przy pozycyi pionowéj głową w dół podnosi się mniéj, głową do góry również opada mniéj, niż by powinno; w tętnicy zaś udowéj, jakkolwiek nieco mniéj opada przy pierwszéj pozycyi, to jednak przy odwrotnéj pozycyi podnosi się znacznie wyżéj; w ogóle zmiany te są znacznie większe niż w tętnicy dogłowowéj. Różnice te najdokładniéj można widzieć z krzywych Nr. 1 i 2.

Fig. 1. Parcie tętnicy dogłowowéj.



I. oznacza zmiany w pozycyi.
II. Sekundy na wysokości 130 mm. rtęci od 0.
III. Krzywa parcia w tętnicy dogłowowéj.
a) Poziomo. *c*) Przerwa w ciągu 1′ podczas pozycyi głową w dół. *b*) Głową do góry.
→ Oznacza kierunek osi ciała, daszek ∧ — nogi.

Fig. 2. Parcie w tętnicy udowéj.



I. Oznacza zmiany w pozycyi.
II. Sekundy na wysokości 100 mm. od 0.
III. Krzywa parcia w tętnicy udowéj.
a) Poziomo *c*) Przerwa w ciągu 1′ podczas pozycyi głową w dół. *b*) Głową do góry.

Skutkiem tego parcie w tętnicy dogłowowéj, pomimo zmian w pozycyi ciała, pozostaje prawie stałém i nie wiele się różni od wahań w pozycyi pozioméj; jakie czynniki wpły

wają w ten sposób, wskazuje do pewnego stopnia dalsze badanie u tego samego zwierzęcia. Po zastrzyknięciu niewielkiéj ilości kurary mamy już najzupełniejszą zgodność zmian w tętnicy udowéj z przypuszczalnemi zmianami hydraulicznemi i znacznie większe zmiany w tętnicy dogłowowéj. Charakter zmian zupełnie się różni po zatruciu kurarą i przy sztuczném oddechaniu. Teraz w pozycyi pionowéj głową w dół parcie w tętnicy udowéj nie tylko że nie opada, lecz nawet się podnosi, a przy pozycyi głową do góry albo się podnosi bardzo mało, albo téż opada. Biorąc pod uwagę parcie obliczone dla tętnicy dogłowowéj widzimy, że w pierwszéj pozycyi parcie w ogóle jest większe (i w udowéj i dogłowowéj), w drugiéj również w ogóle jest niższe niż w pozycyi pozioméj. Daléj widzimy, iż rytmiczne uciskanie brzucha w téj drugiéj pozycyi za pomocą szerokiego bandaża, obejmującego cały brzuch, wywołuje szybkie podnoszenie parcia, które pozostaje znacznie wyższém przez cały czas uciskania i nagle opada, jak tylko uciskanie ustaje. Jeżeli jednocześnie zaprzestając uciskania, zmieniamy pozycyję i ustawiamy zwierzę głową w dół, to w takim razie nie mamy podnoszenia się parcia w tętnicy udowéj, lecz jak w normalnym stanie parcie się obniża. Ten charakter staje się jeszcze wybitniejszym po przecięciu nerwów błędnych.

Doświadczenie IV.

Suka. — Odległość tętnicy udowéj od serca 45 cm., dogłowowéj 25 cm.

Odległość tętnicy udowéj od dogłowowéj 60 ct.

45 cm. = 34 mm. rtęci

60 „ = 53 „ „

Długość psa od nosa do podstawy ogona 1 m. Parcie oznaczano w tętnicy udowéj.

Pozycyje	I. Parcie określone	II. Parcie obliczone	III. Różnica	IV. Parcie oblicz. w carotis lub cruralis	Uwagi
	Cruralis spostrzeżone			Carotis obliczone	
1. Poziomo	164			164	
2. Gł. w dół	106	130	—24	159	
3 po 2′	104	130	—26	157	
4. Gł. do góry	212	172	+ 40	159	
5. po 1′	204	172	+ 32	159	
6. Gł. w dół	106	136	—30	151	
7. po 1′	108	136	—28	161	
8. Gł. do góry	220	176	+ 44	167	
9. po 30″	210	176	+ 34	157	
10. Gł. w dół	114	142	—28	167	
11. po 30″	104	142	—38	157	
12. Poziomo	158	136	+ 22	158	
13.	178	136	+ 42	178	
Tracheotomija.					
14. Poziomo	182			182	
15. po ½′	162			162	
16. jeszcze ½′	168			168	
17. Gł. w dół	112	134	—22	165	
18. po 2′	108	134	—28	161	
19. Gł. do góry	212	176	+ 36	159	
20. po 1′	216	176	+ 40	163	
21. Poziomo	164	182	— 28	164	
22. po ½′	172	182	—10	172	
23. Gł. w dół	120	138	—18	173	
24. Gł. do góry	220	188	+ 32	167	
25. po 10′	220	188	+ 32	167	
26. Gł. w dół	110	152	—42	163	
27. Poziomo	176	144	+ 32	176	

Pozycyje	I. Parcie określone	II. Parcie obliczone	III. Różnica	IV. Parcie oblicz. w carotis lub cruralis	Uwagi
Sztuczne oddechanie.					
	Cruralis			Carotis	
28. Poziomo	162			162	
29. Gł. w dół	108	128	– 20	161	
30. po 15″	124	128	— 4	177	
31. Gł. do góry	208	192	+ 16	155	
32. po 1′	208	192	+ 16	155	
Po przecięciu nerwów błędnych.					
33. Poziomo	184			184	
34. Gł. w dół	162	150	+ 12	215	
35. po 15″	154	150	+ 4	207	
36. Gł. do góry	204	222	— 18	151	
37. po 2′	114	222	- 108	61	
38. Gł. w dół	106	46	+ 60	159	
39. po 1′	160	46	+ 114	213	
40. Gł. do góry	212	228	-- 16	159	
41. po 1′	124	228	– 104	71	
42. po 2′	72	228	—156	19	
43. Gł. w dół	88	4	+ 84	141	
44. po 1′	140	4	+ 136	193	
45. po 15″	146	4	+ 142	199	
46. Poziomo	176	180	— 4	176	
Po zastrzyknięciu kurary.					
47. Poziomo	72			72	
48. Gł. w dół	70	38	+ 31	123	
49. po 1′	50	38	– 12	103	
50. Gł. do góry	110	118	— 8	57	
51. po 15″	54	118	—64	1	
52. po 12″	126	118	+ 8	73	
53. Poziomo	142	92	+ 50	142	
54. po 1′	130	.92	+ 32	130	
	Cruralis			Carotis	
Gł. w dół	136	96	+ 40	189	
po 30′	84	96	– 12	137	
Gł. w górę	114	152	—38	61	
po 15″	56	152	— 96	3	
po 15″	160	152	+ 8	107	Prawdopodobnie efekt naczynioruchowy
Gł. w dół	178	92	+ 86	231	
Poziomo	146	212	– 66	146	
po 15″	142	212	—70	142	
Gł. w dół	144	108	+ 36	197	
po 15″	114	108	+ 6	167	
Gł. w górę	152	182	– 30	91	
po 30″	56	182	126	– 3	
ściskanie brzucha	132				
bez ściskania	66				
ściskanie	114				
bez ściskania	62				
Gł. w dół	72	—2	+ 74		
Gł. w górę	134				
ściskanie brzucha po 1′	130				
Gł. w dół bezpośrednio	120	66	+ 84		
Poziomo	116	152	—36		
Gł. w górę	152	248	-- 96		
Gł. w dół	212	88	124		
Po przecięciu rdzenia.					
Poziomo	24			24	
Gł. w dół	12	–10	+ 22	65	
Gł. w górę	60	80	—20	+ 7	
—	34	80	—46	–19	
Gł. w dół	34	– 34	+ 68	87	
po ½′	6	—34	+ 40	59	
Gł. w górę	60	74	– 14	7	
po 10″	48	74	—26	—5	
Gł w dół	32	—20	+ 42	85	
po 1′	6	—20	+ 26	59	

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Użycie pompy żołądkowej w przypadku zagłoby. Wyleczenie [1]).

Podał Dr. Bett,
sekundaryjusz szpitala izraelickiego we Lwowie.

Ażeby usunąć groźne przypady zagłoby, w różnych czasach podawano środki porażające ruch robaczkowy jelit lub odwrotnie, silnie przeczyszczające. Jedne i drugie nie zawsze dawały dobre wyniki, dla tego starano się w ostatnich czasach zastąpić lub wesprzeć leczenie poprzednie innemi zabiegami. Nie mówię o otwarciu jamy brzusznej celem ułożenia normalnego jelit, bo zabieg ten szczególnie w praktyce prywatnej trafia na silny zazwyczaj opór ze strony otoczenia chorego. Wprawdzie chirurdzy bardzo przemawiają za laparotomiją jako zabiegiem w obec przeciwgnilnego leczenia wcale bezpiecznym, ale człowiek z natury rzeczy zazwyczaj wybiera środek łagodniejszy raczej niż ostrze noża. W r. 1884 ogłosił pierwszy Kussmaul trzy przypadki zagłoby, w których użył pompy żołądkowej: u pierwszego chorego w ośm dni po zamknięciu, u drugiego w dziewięć a u trzeciego dopiero w 23 dni. Pierwszy i drugi uwieńczył rezultat pomyślny, a w trzecim przypadku chory umarł (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1884). Drugi, który publikował to samo, był Delprat, który już mniej dobre miał wyniki. W *Wiener med. Blätter*, zastanawiając się nad tym zabiegiem, przychodzi Oser do tego przekonania, że wypróżniając za pomocą pompy żołądek równocześnie usuwamy i treść jelit powyżej zapory, przez co ucisk zostaje usuniętym i wyrównanie komunikacyi łatwiej może nastąpić.

Ponieważ przypadki zagłoby z wyż wspomnianym zabiegiem były dotąd ogłoszone w bardzo skąpej liczbie ośmielam się donieść o przypadku, w którym pompa żołądkowa użytą była z skutkiem znamienitym.

Dnia 31/3 1886 przyjęto na oddział I Sarę J. liczącą lat 26. Pochodzi ona z rodziny zdrowej, w 17 roku życia po raz pierwszy miesiączkowała a w 20 wyszła za mąż. Rodziła 5 razy, dzieci umarło troje w pierwszym i drugim roku życia. Przed 4 laty przebyła zapalenie płuc. Obecna choroba rozpoczęła się dnia 16/3 od silnej biegunki, której przyczyny chora podać nie umie. W ośm dni później, nie zważając na „lekką słabość“, jak się wyraża, biegła szybko przez kilka ulic, poczem z powrotem do domu uczuła silny ból w całym brzuchu. Nazajutrz, t. j. 24/3, nastąpiło bez użycia środków wypróżnienie, które było już ostatniem. Ból ciągle się wzmagał i lekarz wezwany polecił przez 2 dni środki przeczyszczające, ale bezskutecznie. Dnia 30/3 przyłączyły się po południu i wymioty z początku śluzowe a później kałowe i w tym stanie przyjętą została do szpitala.

Badanie wykazuje: Osoba wzrostu średniego, licho odżywiona, o kośćcu słabo rozwiniętym, skórze brudno zabarwionej. Ciepłota normalna, tętno bardzo słabe 110 uderzeń na minutę. Błony śluzowe powiek i ust blade, język silnie obłożony nieco wilgotny. Brzuch silnie wzdęty, więcej w wymiarze podłużnym niż poprzecznym. Na powłokach brzusznych widoczne są kontury jelit rozdętych. Przy obmacaniu nie można wyczuć żadnego guza, czuć tylko większy opór i kruczenie tak nad kiszką ślepą jak i w innych miejscach. Wypuk wszędzie wysoko bębenkowy, stłumienia nigdzie ani śladu. Badanie przez odbytnicę daje rezultat ujemny.

Mieliśmy więc do czynienia z przypadkiem zagłoby, lecz o przyczynie jej nic bliższego i stanowczego dowiedzieć się nie było można. Zaraz z początku podany nastój makowca i kawałki lodu usunęły na razie wymioty, które jednak nazajutrz znów wystąpiły. Dnia 1/4 zaprowadzono zgłębnik żołądkowy do odbytu i wlano 4 litry wody zimnej i 50·0 olejku rącznikowego, poczem ugniatano brzuch, przyczem chora oddała prawie tę samą ilość płynu z tą różnicą, że był nieco zielonkowato zabarwiony. W pół godziny później założył Dr. Mehrer zgłębnik żołądkowy i wypompował jego treść. Po południu znów wymioty kałowe. Dnia 2/4 powtórzono wypompowanie treści żołądkowej. Popołudniu brak wymiotów, znaczne osłabienie, bólów brak. Podano wino. Dnia 3/4 zrana, znów bóle i wymioty kałowe, w wymiocinach dwie dżownice. Popołudniu podano: *Santonini* 0·10, *Ol. ricini* 25·00. *DS.* na raz wyżyć. Nad ranem kilka wypróżnień wolnych. Od tego czasu stan ciągle się poprawiał i chora opuściła szpital wyleczona dnia 18 kwietnia r. 1886.

[1]) Jakkolwiek nie mogliśmy nabrać na pewno przekonania, że w tym przypadku wypompowanie żołądka usunęło groźne przypady niedrożności, mimo to ogłaszamy chętnie tego rodzaju kazuistyczne spostrzeżenia, mogące razem z innemi choć w części przyczynić się do wyjaśnienia tej zawsze jeszcze ciemnej kwestyi. *Redakcyja.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Michał Zieleniewski. **Rys balneoterapii**. Kraków 1886. Str. 391.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Zastósowanie hydroterapii, prócz wątpliwego pochodzenia wstępu, jest sumiennem tłumaczeniem Kischa (ze str. 178—201), ustępy tu dla niepoznania poprzestawiane i na początku uzupełnione tabelką termometryczną, zapożyczoną od Zinkeisena. W następującym opisie zakładów wodoleczniczych zjawia się osobiście autor, mówiąc o zakładach polskich, ale już w rozdziale o leczniczem zastósowaniu kąpieli z wód mineralnych wyręcza się znów Kischem (ze str. 24—25 i 344). Kąpiele z cieplic obojętnych są robotą składaną, częścią Kischa (ze str. 58 i 59) częścią Zinkeisena (ze str. 157). Kąpiele z wód mineralnych rodzimych przeważnie gaz węglowy zawierających i kąpiele z samego gazu węglowego obrabia samodzielnie Kisch (ze str. 73—74 i 120—121), a rozdział o kąpielach z wód słonych kréśli najprzód tenże sam (ze str. 78—87) a następnie przypuszcza do spółki Zinkeisena (ze str. 174—175). Zdroje słone polskie opisuje samodzielnie autor, resztę zaś streszcza z Kischa. Kąpiele morskie są mieszaniną z książki Kischa (ze str. 203—207) i Zinkeisena (ze str. 201—210). Kąpiele z wód siarczanych przypadły znów Kischowi w udziale (ze str. 93—97). Kąpiele z wód zelezistych są rzetelnie wzięte z Kischa (str. 98—107), tak samo kąpiele z wód alkaliczno-ziemnych (ze str. 108), kąpiele borowinowe (111—117), mułowe (119—120). W rozdziale o kąpielach igliwiowych odzywa się na jednem miejscu głos Zinkeisena (ze str. 257), reszta niewiadomego pochodzenia. Kąpiele suche wyjęte z Zinkeisena (ze str. 297—299). Wstęp do rozdziału o piciu wód mineralnych zdaje się być wyłączną własnością autora, poczem wyręcza go Kisch (ze str. 26—39) a nareszcie Zinkeisen (310—313). Po własnych autora uwagach o równoważnikach Phoebusa znów idzie tłumaczenie z Kischa (o wewn.-leczn. zastósowaniu

zdrojów alkalicznych ze str. 64—72); ustępy o Krynicy i Żegiestowie są oryginalne. Kisch dalej pisze o wewnętrznem zastósowaniu zdrojów słonych (ze str. 75—82), siarczanych (ze str. 93—96), żelazistych (ze str. 99 do 101), gorzkich (ze str. 89—92). Rozdział o wziewaniu wód mineralnych nie wiadomo zkąd pochodzi, może samego autora jest własnością. O podskórnem zastósowaniu wód mineralnych mówi Kisch z lubością długo i szeroko, jako o własnym pomyśle (ze str. 56—57). Tenże opisuje sztuczne wody mineralne (ze str. 5, 153—155), zapożyczając ustępu z Zinkeisena (ze str. 382—383). O polskich fabrykach wód mineralnych ani Kisch ani Zinkeisen nic nie pisali, dla tego autor sam rzecz tę orygi. nalnie załatwia, ale na samym końcu przecież jeszcze Zinkeisenowi głosu odstępuje (ze str. 383—384). Rozprawy o mleku (ze str. 132—136), o maślance (ze str. 136), o kumysie (ze str. 141—143) wzięte z Kischa, tak samo o żętycy (ze str. 137—140) z uwagą wyjętą z Zinkeisena (ze str. 388). O kefirze nie pisali ani Kisch ani Zinkeisen, dla tego autor inaczej sobie poradził, za to o winogradzie i innych owocach znów mówi Kisch (ze str. 144—147). Ubolewanie nad niemożnością dostarczania dat statystycznych o rozwoju zakładów krajowych, oraz zapewnienie o równém dla wszystkich uczuciu życzliwości są oryginalnym płodem autora i kończą dzieło.

Finis est bonus, ale *totum* nie jest *laudabile*. Bo ta całość, aczkolwiek z niewolniczą wiernością postępuje w ślad wzorowego tekstu obcych autorów, przecież skażoną jest nader licznemi błędami a nawet niedorzecznościami, które jedynie bezdenna nieznajomość przedmiotu zrodzić mogła.

Posłuchajmy np., z jaką ścisłością autor tłumaczy swoje pierwowzory. Zdanie Kischa (str. 101), rozpoczynające się od słów: *die leichteren Grade von Hypoglobulie*, autor przełożył: „przypadki lżejszego stopnia utraty hypoglobulii“. Na inném miejscu (str. 273) jako ośrodek regulujący serce poczytuje „nerw spółczulny“, chociaż Kisch, z którego tłumaczy, wyraźnie mówi *das regulatorische Vaguscentrum*, (105). Albo: „parowanie, t. j. przyjmowalność wilgoci przez powietrze wzrasta z powiększeniem się ciepłoty, a to skutkiem przybytku pojemności powietrza ku przyjęciu wody“; to już zaprawdę niezrozumiałe i nie po polsku, choć przełożone „dosłownie“ z bardzo jasnego zdania Zinkeisena (str. 31). Weźmy inny przykład. Zinkeisen powiada na str. 110: *Wenn die mächtige Anforderung, wie sie die Seeluft stellt, den Organismus überbürden würde*, co Ziel. tłumaczy tak: „Jeżeliby silne natarczywości na przemianę pierwiastków, jakich wymaga morskie powietrze, zbyt gwałtownie miały przeciążać organizm“ (str. 254). Natarczywości wymaga morskie powietrze na przemianę pierwiastków? Właściwy sens zdania Zinkeisenowego jest taki: Gdyby ustrój nie mógł podołać znacznemu wzmożeniu przemiany materyi, jakie sprawia powietrze morskie. Gdzieindziéj autor powiada: „Leczenie zmierzające ku usunieniu długotrwałego cierpienia, mające z koniecznością do walczenia z przemianą czynności narządów“ (str. 25); ma to być przekład zdania: „*Eine Kur zur Beseitigung chronischer Uebel, wie sie nothwendiger Weise mit Umstimmung der Organe zu thun hat*“. Albo: „Aby umożebnić wszelkie czynniki właściwej kuracyi do wzajemnego a jak najkorzystniejszego ich zadziałania“ (str. 26). Niezłe jest także zdanie, tłumaczone z Zinkeisena (str. 33): „Wśród zimnowilgotnego powietrza, będącego bliskim punktu wysycenia go wilgocią, wilgotność powłok powszechnych pozostaje dłuższy czas na powierzchni ciała a powietrze nie usiłuje przyjąć ją w siebie (str. 43).“ Zinkeisen przytaczając zdanie Mühryego powiada: *Die Waldungen sind Folgen der Regen* (49) a Ziel. to tłumaczy: Lasy są powodem do deszczów (33). Ktoby zrozumiał taki ustęp: „Niemiłe wejrzenie pomieszkań krajów północnych, ogołoconych ze sąsiednich ocieniających je drzew“? Osłupieć można, czytając, że zawijania wilgotne wskazane są „w ostrym obłędzie (hyperkinesis)“; ma to być widać objaśnieniem zdania Kischowego (str. 188): „*sind angezeigt bei Hyperkinesen*“! Zinkeisena wyrażenie: *Ziehen und Knackenlassen der Gelenke* (ze str. 119) nazywa się u Ziel. „wyciąganiem i trzeszczeniem członków (str. 149)“. „*Ein kühlendes Regimen* (Zinkeisen 132) znaczy u Ziel. „sposób życia odpowiednio chłodny“ (str. 161), a „*Stillstand der Vernarbung* (Kisch 116) brzmi w przekładzie „zawieszenie w zabliźnieniu“ (str. 287), „nastąpiony zapad“, „nieprzeszkodzony przystęp“ itp. Okład piersiowy w postaci chustki niewieściéj (Kisch: *dreieckiges Frauentuch*) nazywa „trójkątnym fartuchem kobiecym“, oraz opisuje gutaperkowy szlauch i oziębnik moczowy.

Ilekroć chce powiedzieć, że ktoś trzyma się jakiegoś zdania, to mówi, że „wychodzi ze zdania“, a więc wyraża myśl wręcz przeciwną. Np.: wychodząc z błędnego mniemania; wychodząc z nieobecności suchot płucnych w górach mniemano.... (dosłownie z Kischa 238: *Ausgehend von der Absenz der Phthise auf Bergeshöhen....*) Żylaki (*varicositates*) zowie „naprężeniem żył“ (Zinkeisen: *Auftreibungen der Venen*, str. 55), a śledzionę zalicza razem z wątrobą do „gruczołów narządów trawienia“.

Pewnie dla wielkiego pośpiechu w przepisywaniu poprzekręcano wiele imion własnych np. Jürgens zam. Jürgensen, Fommari zam. Tommasi, Voigt zam. Voit, Weirich zam. Weyrich, Chune zam. Chuño, Duchamel zam. Duhamel, Kleczyński zam. Kletzinski, Gromjeux zam. Granjeux, Gestowski zam. Geltowski itp.

Autor nie zna różnicy między ciepłem a ciepłotą, a więc według niego „gorące powietrze udziela ciału ciepłoty“, „kąpiele odciągają ciepłotę“, „do skóry dopływa ciepłota“, „kąpiel piaskowa nie ochładza ciepłoty“, odbywa się także „ubywanie ciepłoty skutkiem jéj promieniowania“, to znów „chmury utrudniają promieniowanie ciepłoty“, „woda oddaje ciepłotę“; a nawet jest i „pojemność ciepłoty“.

Z użyciem zaimków nie może sobie dać rady i w iście niepolski sposób ich używa. Np. „Zdroje lekarskie (zam. lecznicze) porównane co do ilości najważniejszych ich części składowych“; „ranne przechadzki mają dla ich skutku niepoślednie znaczenie“; „etyjologija jest bardzo daleką od jéj zupełności i dokładności“.

W rzeczownikach na ość lubuje się bardzo a nawet tworzy niebywałe: częstotliwość (suchót, oddychania, tętna), ciężarność (zam. ciąża), przewodliwość nerwowa, działalność ozonu, ruchomość kąpieli. Autor pod imieniem balneoterapii rozumie sztukę leczenia a urządzenie łaźni nazywa arcypojedyńczém, dyfuzyję zaś rozpierzchnieniem.

Do grupy innych kwiatków na bujnéj téj niwie uszczkniętych należą także: przyczyny do chorób, drobnostkowość do zwykłych zatrudnień, wybitne znaczenie wiosny ku pokrzepieniu zdrowia, zadawalniać się na przytoczeniu, przymus jest nie do usunienia, nauczeni doświadczeniem

położyć nam warunek należy... i setki podobnych innych.

Jeżeliby ktoś mniemał, że między autorem a Kischem i Zinkeisenem istnieje może pewne tylko pokrewieństwo w toku myśli i rozumowania albo podobieństwo wynikłe z tożsamości opracowanego przedmiotu, z téj saméj metody dowodzenia itp., tego prosimy, aby porównał Rys z wskazanemi przez nas powyżéj ustępami wymienionych dzieł niemieckich a będzie wiedział, co o tém myśleć i przekona się, że autor dzieł tych nie tylko nie strawił, ale nawet nie starał się przeżuć należycie.

Uznania godną jest troskliwość, z jaką autor uwzględnił zakłady lecznicze polskie, przytoczył najnowsze rozbiory naszych wód mineralnych i każdéj z nich starał się przynależne wyznaczyć w balneologii stanowisko. Szkoda tylko, że oryginalne te ustępy zaledwie wyzierają tu i owdzie z odmętu cudzych a niepoprawnie przełożonych rozdziałów. Jeżelibyśmy podzielili całą książkę według pochodzenia poszczególnych jéj części, przekonalibyśmy się, że oryginalne (mniéj lub więcéj) uwagi i dopiski autora, do których zaliczamy już długi list śp. Klugera o chorobie sorochi, odezwę Dietla itp., wynoszą zaledwie około 35 stron, że opisy miejsc leczniczych, streszczone przeważnie z książki Kischa, obejmują stron około 70, że więc reszta, t. j. około 285 stron wprost zaczerpnięta jest z Kischa (str. 157) i Zinkeisena (str. 128).

O należytém uwzględnianiu literatury balneologicznéj polskiéj ani najnowszéj obcéj mowy nie ma. Polska balneoterapija z r. 1886 nie powinna była pomijać milczeniem np. nowych prac Jaworskiego o wodzie karlsbadzkiéj, albo świeżych badań nad leczeniem kąpielowém chorób sercowych; ale ani Kisch ani Zinkeisen nie mogli prac tych znać jeszcze, więc też i dla autora nie istnieją. Nawet w rozdziale o Krynicy, o któréj autor często i z zamiłowaniem się rozwodzi, pominięto zupełnie stosunki klimatyczne, co do których dostarczono przecież w ostatnim czasie materyjału.

I z wielu innych względów, pomijając już pożałowania godną genezę Rysu, dzieło to bynajmniéj nie zaradzi potrzebie powyżéj wskazanéj, nie może bowiem żadną miarą służyć jako podręcznik do nauki balneoterapeutycznéj. Ani treścią ani układem w tym kierunku nie zaleca się. Autor biorąc pełnemi garściami rozdziały z książek niemieckich, nie umiał należycie uporządkować materyjału, w wielu miejscach stał się zbyt rozwlekłym, w innych nie dość wyczerpującym a nigdzie dokładnym. Omawia np. według Zinkeisena najpierw wszystkie z kolei wody mineralne, o ile używa się ich do kąpieli a potém przerabia je *da capo* o ile służą do wewnętrznego użycia, a w pierwszéj i drugiéj części wypisuje obficie z Kischa, który w każdym rozdziale uwzględniającym pewną wodę opracował od razu tak kąpielowe, jako i wewnętrzne jéj zastosowanie. To doprowadziło do przerw i niejednostajności wykładu i wywołało częstą potrzebę powtarzania się i odwoływania do rzeczy już powiedzianych. Mówiąc np. o wewnętrznem użyciu wód siarczanych wypisuje z Kischa podział kąpieli siarczanych raz na str. 255, drugi raz na str. 335. Podobnie w sprawie klimatu południowego ustęp z Kischa podaje raz na str. 75, drugi raz na str. 79; to znów zapomina zupełnie o wskazaniach niektórych postaci kąpieli. Przytém brak osobnéj części, w któréjby w sposób przejrzysty uwzględnioną była balneoterapija kliniczna, czyni dzieło to dla lekarzy praktycznych w celu doraźnego informowania się wręcz nieprzydatnem, tém bardziéj, że autor odwołując się ciągle do swego Rysu balneologii powszechnéj z r. 1873, pomija wiele miejsc leczniczych, tamże już opisanych.

Zbierając to wszystko musimy powiedzieć: jeżeli autor „chciał przysłużyć się naszéj literaturze i współziomkom Rysem balneoterapii a poczytywał to sobie nie tyle za uprawnienie, ile za istotny obowiązek", to obowiązek ten wymagał wcale czego innego a uprawnienia do obdarzenia nas takiém dziełem z pewnością nie było.

Jeszcze jedna uwaga. Rys Dra Ziel. wnosi do naszéj literatury lekarskiéj, która jeżeli nie bogactwem, to nieskażoną czystością szczycić się powinna, zabójczą zarazę plagijatorstwa. Szerzeniu się téj zarazy bacznie zapobiegać i tłumić ją w zarodzie jest naszym obowiązkiem a środkiem na to jedynie skutecznym nieubłagana chłosta sprawiedliwéj krytyki. W téj myśli pisaliśmy naszą recenzyję. *Dr. Z—a.*

Germain Sée. **O leczeniu suchot płucnych i przewlekłego nieżytu oskrzelowego terpiną.**

Terpina jest ciałem pochodném terpentyny, którą można uważać za rodzaj wodnika, i tworzy się też przy zetknięciu terpentyny z wodą. W sposób dość skomplikowany otrzymują fabrycznie terpinę w postaci przeświecających kryształów, żółtawych, dość trudno w wodzie zimnéj (1:200), łatwiéj w wodzie wrzącéj (1:22) rozpuszczalnych. Cechującém terpinę jest, że ze zgęszczonym SO_4H_2 barwi się czerwono, a z NO_3H wydaje właściwą woń hyjacentową. Próby te pozwalają nawet w moczu wykryć małe ilości terpiny.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że terpina nie działa wcale na układ nerwowy, ani na serce, ani też na przewód pokarmowy. U ludzi działanie terpiny ogranicza się głównie do tego, że wstrzymuje nadmierne wydzielanie błony śluzowéj, szczególniéj narządu oddechowego. Według spostrzeżeń autora terpina u suchotników zmniejsza bardzo prędko wydzielanie, zmniejsza więc kaszel. Szczególniéj wskazaną jest terpina w gruźlicy nieżytowéj, we wszystkich jéj okresach, w których znakomicie wpływa na zmniejszenie odkrztuszania plwociny ropnych. Skuteczną okazała się autorowi terpina także w krwioplucia w pierwszych okresach suchot, gdy jeszcze nie przyszło do rozpadu miąższu płucnego, ani do tętniakowego rozszerzenia gałęzi tętnic płucnych. Daléj uważa autor terpinę za najdzielniejszy środek ze znanych przeciw nieżytom przewlekłym oskrzeli, jednak bez duszności (tutaj autor używa pyridyny). Środek ten szybko działając, zmniejsza wydzielinę nadmierną, przywraca tym sposobem prawidłowe oddechanie i znakomicie wpływa na stan ogólny chorego.

Ponieważ terpina bynajmniéj nie ma ubocznego szkodliwego wpływu na narząd krążenia, trawienia i układ nerwowy ma więc znaczną wyższość nad wszelkiemi innemi preparatami terpentyny, smoły, a nawet nad kreozotem. Sée poleca terpinę najczęściéj w pigułkach, z których każda zawiera 0·10 terpiny. Z początku poleca trzy razy dziennie po dwie pigułki (zatém 0·60 *pro die*), następnie wzmaga w miarę potrzeby dawkę i dochodzi do 1·20 na dzień. Jeżeliby chory nie mógł używać leku tego w pigułkach, poleca go autor w rozczynie przepisując: *Rp. Terpini* 10·0 *Spirit. vin. rect.* 150·0 *Aq. destillatae* 100·0. S. Trzy razy dziennie po łyżce stołowéj używać. *(Bullet. de l'Acad. de méd.* 1885 Nr. 30).

Kopff.

William Barlow (Manchester): **Przyroda krztuśca i nowy sposób leczenia tegoż podany przez prof. Moncorvę z Rio de Janeiro; wyniki tego leczenia.**

Podał Dr. R. Barącz.

Autor przytacza najprzód rys historyczny téj choroby,

która znaną jest prawdopodobnie już od r. 1414 a z pewnością już od r. 1510. Jestto choroba bardzo rozpowszechniona a jéj przyroda i etyjologija w naszych czasach, jak również i za czasów Sydenhama, była i jest przedmiotem sporu. Jedni odnosili pierwotną siedzibę choroby do narządu trawienia, jak Cullen, Brouzet, Pinel i inni; Padalme odniósł ją do płuc i przepony; Watt, Allcock i Laënnec uważali ją jako kurczową odmianę zapalenia oskrzeli a Broussais dodaje do tego wygórowaną wrażliwość błony śluzowéj zapalonych oskrzeli. Trousseau i Richard de Nancy uważali ją za *bronchitis* na tle nerwicy. Albers z Bonn na 47 przypadków, w których dokładne badanie pośmiertne było uskutecznione, znalazł zapalenie nerwu błędnego w 3ch przypadkach po stronie prawéj, w jednym przypadku po stronie lewéj, Charles West podaje także podobne zmiany (w 1 przypadku obustronnie) jako wynik badania pośmiertnego, nie przywięzuje jednak do tego słusznie żadnéj wagi. Webster i Desruelles uważali mózg za siedzibę choroby (*broncho-encéphalite)*. Właściwością choroby jest zauważany powszechnie pewien okres wylęgania (2 tygodnie) i pojawianie się nagminne równoczesne prawie z odrą, a świadczy o tém dosadnie zestawienie statystyczne epidemii krztuśca w Szwecyi przez Dra A. Ransoma, ogłoszone przez Towarzystwo sanitarne w Szwecyi a rozciągające się na przeciąg czasu od r. 1775—1830. Ze statystyki téj jednak okazuje się, że przeciąg czasu średni między epidemijami odry wynosił 7 lat, przeciąg zaś czasu wolny od krztuśca wynosił średnio 5 lat. Obserwacyje koincydencyi obu chorób przez różnych badaczy czynione skłoniły niektórych, a przedewszystkiém Rokitanskiego i Rillieta i Bartheza, do policzenia krztuśca między choroby gorączkowe a względnie wysypkowe, inni zaś badacze uważali krztusiec i odrę za choroby identyczne. Autor nie spostrzegał ani razu w liczbie swoich 50 przypadków, jakoby kaszel charakterystyczny krztuśca występował równocześnie z wysypką odry, albo też ażeby ją bezpośrednio wyprzedzał, ale spostrzegał konwulsyjną z pienieniem połączoną respiracyję podobną jak w dławcu, ustępującą wśród wybuchu odry, a w wielu przypadkach po ostatniéj chorobie wystąpił krztusiec. W 12 przypadkach po napadzie odry wystąpił krztusiec w okresie od 3 miesięcy do 3 tygodni. Znany współczesny autor Dr. Oktawiusz Sturges wyraził zdanie, że krztusiec jest poprostu nieżytem epidemicznie występującym z dołączającém się zadrażnieniem układu nerwowego. Autor zgadza się z nim przypuszczając, że krztusiec przedstawia pewne podobieństwo do czystych nerwic, ale nadto także wybitny okres wylęgania! W nowszych dopiero czasach zaczęto dokładniéj badać krtań i leczyć miejscowo chorobę; wielu lekarzy uważało również znaczne zaczerwienienie błony śluzowéj krtani; zaczęto się zastanawiać nad przyczyną tego zaczerwienienia i odnoszono je pierwotnie do wdychania jaj pewnych owadów. Dopiero Rosen de Rosenstein studyjując epidemije téj choroby w Stokholmie w latach 1743 i 1764 zauważył, że choroba nawiedza człowieka tylko raz jeden, nie przypisuje przyczyny choroby dostaniu się owadów do przewodu oddechowego, lecz dostaniu się pewnych istot chorobotwórczych do przewodu oddechowego i pokarmowego. Napady kaszlu zaś tłumaczył znaczniejszém nagromadzeniem śluzu i drażnieniem dróg oddechowych. Przyroda choroby wskazuje według niego sposób leczenia, t. j. należy zniszczyć istoty chorobotwórcze miejscowo; starał się przeprowadzić ten plan Dr. Watson w Glasgowie przez stosowanie do wnętrza krtani rozczynu azotanu srebrowego i to czasem z dobrym skutkiem. Dopiero w r. 1867 Poulet w piśmie wystosowaném do Akademii umiejętności w Paryżu podaje, że przy drobnowidowém badaniu wyziewów oddechowych małych chorych znalazł żyjątka kształtu pręcika lub wrzecionka o $^{2}/_{100}$—$^{3}/_{100}$mm. długości a $^{1}/_{200}$mm. grubości. Na téj podstawie zaliczył on krztusiec do chorób zakaźnych. W r. 1870 prof. Artur Ransom przedstawił Towarzystwu filozoficznemu w Manchesterze swe oryginalne badania nad istotami organicznemi w wyziewach oddechowych ludzkich podczas zdrowia i choroby i wykazał w przypadkach krztuśca i odry małe ciałka podobne do *penicillium glaucum*. W odrze stwierdzili je Braidwood i Vacher. Mimo tych podań dopiero publikacyja Letzericha (*Ueber Lungenmycose bei Keuchhusten. Virchows Archiv*, 1873) w r. 1873 wyjaśniła patologiję téj choroby. Badając plwociny osób dotkniętych krztuścem zauważyć można, że składają się właściwie z 2ch części; z istoty śluzowéj przeźroczystéj lub przeświecającéj, zawierającéj żółtawe jądra wielkości ziarna prosa do soczewicy. Przy badaniu drobnowidowém kuleczki te żółtawe składają się z łańcucha mikrokoków, a hodując niektóre z nich zauważył powiększenie bakteryj, przeobrażenie się w pęcherzyk, zawierający znaczną ilość zarodników, wreszcie pęknięcie pęcherzyków i uwolnienie zarodników, które przeobrażają się znowu w bakteryje. Robiąc hodowle w rozczynie skrobi lub cukru wytwarza *mycelium*, na którém zarodniki dojrzewają; te ostatnie są krągłe i ciemno zabarwione. Wprowadzenie zarodników do tchawicy różnych zwierząt wywoływało nieżyt krtani i oskrzeli a następnie kaszel. Studyja Letzericha zachęciły Henkego do podobnych doświadczeń, które to samo stwierdziły. H. sprawdził zabójcze działanie rozczynu chininu na te bakteryje, gdyż wtedy ruchy ich ustawały. Tschamer z Gracu potwierdził doświadczenia Letzericha w zupełności. W wydzielinie w 2 dni przed napadami dławcowemi krztuśca zauważył już prócz komórek przybłonkowych i *mycelium* siatkowatego krągłe i owalne bezbarwne zarodniki, które wszczepione w krtań żyjącą wywoływały charakterystyczne objawy choroby. Ciałka te były analogiczne jeżeli nie identyczne z napotykanemi w dołkach skórek gnijących pomarańcz i cytryn w postaci czarnych aksamitnych złogów. Tschamer posunął doświadczenia Letzericha daléj. Wstrzymał on się przez 2 tygodnie od odwiedzania chorych, dotkniętych krztuścem i pilnie badał plwociny swoje pod mikroskopem; nie znalazł jednak w nich nic podobnego do obrazów, jakie się w krztuścu przedstawiały. Następnie po upływie tego czasu zaczął wziewać sproszkowaną istotę czarną aksamitną znalezioną na korze pomarańcz, w 4 dni potém doznał silnego pieczenia w krtani a w 10 dni późniéj wystąpiły napady podobne jak w krztuścu. Na początku 14 dnia rozpoznał zarodniki pod mikroskopem a ilość ich od tego czasu zwiększała się. Doświadczenia na innéj osobie przedsięwzięte wydały te same rezultaty. Z tych wyników autor doszedł do przekonania, że krztusiec zawdzięcza swoje powstanie obecności w błonie śluzowéj krtani i drażnieniu skrytopłciowego pasorzytu, a okres inkubacyi jestto czas potrzebny do rozwoju i proliferacyi tych pasorzytów i jest zależnym od ilości ich wprowadzonéj do narządu oddechowego; przez drażnienie i zapalenie wywołane ich obecnością występują napady kaszlu kurczowego; większe nagromadzenie tych pasorzytów wywołuje dopiero zadrażnienie, ztąd napady kaszlu. Jeżeli takowe znajdują się w małéj ilości,

ciągła obfita ekspektoracyja wydala je w liczbie przechodzącej ilość nowo wytwarzających się, ztąd często spostrzegane wyleczenie samoistne. (Dok. nast.)

Dr. Stern: **O działaniu lanolinu w chorobach skóry.**

Warunkiem niezbędnym każdéj dobréj maści jest w pierwszym rzędzie, żeby nie była szybko wchłanianą, w drugim aby się ściśle stykała z powierzchnią skóry. Warunków tych obu nie posiada ani waselina ani też *Ungt. paraffini* i dotychczas li tylko *Ungt. diachyli* warunkom żądanym odpowiada. Własności te posiada i *Ungt. diachyli* za pomocą lanolinu zrobione, a wyżéj stoi maść ta od farmakopeą objętego *Ungt. diachyli* dla tego, że nie potrzebuje być tak często zmienianą. Szczególnie korzystnie działa w wyprysku w następny sposób zapisywana: *Rp. Empl. plumb. spl. Lanolini āā* 50·0 *Adip. suill.* 10·0, w świerzbie używa autor *Ungt. Wilkinsonii* za pomocą lanolinu zrobionéj: *Rp. Flor. sulf., Pic. liqu. āā* 8·0 *Lanolini, Sapon. vir. āā* 16·0 *Pumic. plv.* 5·0 *DS.* Podczas gdy zwykłą maścią Wilkinsona leczenie trwało od 10—12 dni, maścią z lanolinem trwa od 5—6 dni. W łuszczycy maść z lanolinu sporządzona nie okazała wyższości nad dotychczas używanemi. (*Deutsch. medic. Wochenschr.* 1886 Nr. 15).

Dr. Halski (Bystra).

* Otrzymaliśmy uwagi następujące:

Artykuł umieszczony w Przeglądzie w Nrze 21 i 22 „o nowym sposobie odprowadzania przepuklin“ Nikolausa przypomniał mi przypadek, w którym także w skutek wywołania parcia ujemnego śródbrzusznego udało się bardzo łatwo odprowadzić przepuklinę pachwinową.

Przed trzema laty zostałem wezwany do chorego, cierpiącego na przepuklinę pachwinową prawą uwięzniętą. U chorego izraelity, liczącego lat około 50 bardzo, wątłéj budowy ciała, zastałem już p. S., od którego dowiedziałem się, że chory już od kilku godzin cierpi na niedrożność jelit i że sam próbował już kilkakrotnie repozycyi, a to bezskutecznie. Przy téj sposobności nie mogę pominąć faktu, że u nas w Galicyi stosunkowo najliczniejszy kontyngens, co się tyczy przepuklin, rekrutuje się z ludności izraelickiéj. Próbowałem także *taxis* kilka razy w najrozmaitszém ułożeniu chorego ale nadaremnie. Próbował téż kolega S. po mnie, lecz wszystko bezskutecznie. Tymczasem u chorego, który leżał w ciasnym nieopalonym i wilgotnym pokoiku i ciągle wymiotował, stan się coraz pogarszał, a tętno drobniało. Powiedziałem tedy otaczającym, że musimy próbować jeszcze *taxis* śród chloroformowania i przygotowałem ich do ewentualnéj operacyi. Poleciłem, ażeby tymczasem postarano się o umieszczenie chorego w lepszym obszerniejszym pokoju. Wychodząc przypomniałem sobie, że gdzieś słyszałem, lub czytałem i dotychczas nie wiem zkąd to wziąłem, a może wyczytałem i w Przeglądzie, ażeby próbowano jeszcze postawić choremu duży kilka litrowy garnek jako bańkę suchą na samym środku brzucha więcéj ku stronie prawéj, co téż obecnemu cyrulikowi wytłumaczyłem. Przeczekawszy daremnie w domu na wiadomość od chorego, nie wiele licząc na skutek téj bańki udałem się do chorego i tam dowiedziałem się, że po postawieniu garnka jako bańki odprowadzenie nadzwyczaj łatwo się udało. Działanie téj bańki wytłumaczyć sobie mogę tylko przez aspiracyję powłok brzusznych i pewnéj części jelit i powstanie w skutek tego parcia ujemnego śródbrzusznego. *Tentare licet* i sądzę, że przy ułożeniu doradzoném przez p. Nikolausa, jeżeliby ono nie wystarczało, można próbować jeszcze równocześnie aspiracyi za pomocą garnka próżnego.

Sanok dnia 3 czerwca 1886 r. *Dr. Grünhaut.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Walne doroczne administracyjne posiedzenie d. 9 stycznia 1886 r.

Przewodniczący: Dr. Merunowicz. Członków obecnych 27.

Po zagajeniu posiedzenia odczytuje sekretarz naukowy sprawozdanie roczne naukowe z czynności sekcyi za rok 1885, które w streszczeniu opiewa jak następuje:

Sekcyja lwowska Tow. lek. galic. odbyła w roku 1885 12 zwyczajnych posiedzeń naukowych. Na wszystkich posiedzeniach razem było obecnych członków 290 i 9 jako gości. Średnia więc liczba członków obecnych na każdém posiedzeniu wynosi 25.

Odczytów i wykładów wszystkich razem było 15:

1) Kol. Dr. Bylicki: O kokach tryprowych i nietryprowych u kobiet.

2) Kol. Dr. Czyżewicz: O poronieniu.

3) Kol. Dr. Feigel: O porencefalii.

4) Kol. Dr. Kniaziołucki: O naturalném i sztuczném karmieniu noworodków.

5) Kol. Dr. Laskiewicz: O paraldehydzie i innych środkach nasennych. (Dokończenie).

6) Kol. Dr. Merunowicz: O endemicznym wolu i o związku zachodzącym między têm cierpieniem a głuchoniemotą i kretynizmem.

7) Kol. Dr. Pawlikowski: Przyczynek do nauki o leczeniu tyfusu.

8) Kol. Dr. Pisek: O leczeniu tyfusu.

9) Kol. Dr. Różański: O wpływie leków przeciw tryprowi używanych na dwoinki tryprowe.

10) Kol. Dr. Różański: O kokach flegmony, ropnia, ropnicy i posocznicy.

11) Kol. Dr. Schramm: O infuzyi soli kuchennéj po nagłéj utracie krwi.

12) Kol. Dr. Schattauer: O dokonanéj laparatomii na dziecku z powodu *invaginatio ileocoecalis.*

13) Kol. Dr. Szpilman: O metodach badań bakteryjologicznych.

14) Kol. Dr. Widmann: O wziewaniach tlenu i ich zastósowaniu.

15) Kol. Dr. Ziembicki: O chorym z raną postrzałową mózgu.

Chorych przedstawiono na posiedzeniach w r. 1885 dwunastu (8 chorych mężczyzn i 4 kobiety) a mianowicie przedstawiali następujący koledzy.

Kol. Dr. Barącz: chorego z *Pseudoleukamia lymphatica.*

Kol. Dr. Krówczyński: chorego z *Lichen exsudativus ruber.*

Kol. Dr. Merczyński: chorą z krwawieniem z obu uszu i nosa (jako *menstruatio vicaria*?).

Kol. Dr. Edw. Sawicki: 2 chore, jednę z *Paralysis progressiva facialis, trigemini, oculomotorii, recurrentis Willisii*, drugą z *Paraplegia spastica.*

Kol. Dr. Schattauer: chorego po dokonanéj nefrektomii pozaotrzewnowéj.

Kol. Dr. Tatarczuch: czterech chorych z oddziału męzkiego chorób kił. skórnych tutejszego szpitala a mianowicie 1) chorego z *Eczema papulosum universale artificiale*; 2) *Herpes tonsurans maculosus capillitii et faciei*; 3) *Exanthema syphiliticum nodosum* i 4) z *Herpes tonsurans nodosus pubis.*

Kol. Dr. Ziembicki dwóch chorych: 1) chorego z raną postrzałową mózgu i kulą w mózgu; 2) chorą z aktynomykozą szczęki dolnéj prawéj i policzka prawego.

Nadto przedstawili następujący koledzy preparaty i przyrządy z odpowiedniemi objaśnieniami:

Kol. Dr. Feigel: *a)* preparat anat. patol. *Epispadiasis completa; b)* preparat anat. patol. *Defectus total. vaginae, rudimenta uteri bicornis et bipartiti*; *c)* Trzy preparaty anat. patol. porencefalii.

Kol. Dr. Kadyi: preparat anat. patol. mózgu z *Ependymitis* (*granulosa*?).

Kol. Dr. Szpilman: Aparaty bakteryjologiczne (w pracowni epidemiologicznéj Rady zdrowia).

Kol. Dr. Widmann: Aparat *Limousina* do wywięzywania tlenu.

Posiedzeń administracyjnych nie zwoływano osobnych. Sprawy administracyjne załatwiano na posiedzeniach naukowych przed lub po części naukowéj posiedzenia.

Kol. sekretarz administracyjny Dr. Bylicki zdaje sprawę co do liczby członków sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gał. i tak z końcem roku 1884 liczyła sekcyja lwowska członków . . 93
Ubyło w ciągu roku 1885 w skutek śmierci członków 1
w skutek przesiedlenia się lub wystąpienia . . . 2 razem . 3
pozostało więc 90
Przybyło w ciągu roku 1885 nowych członków . 4
w skutek przesiedlenia się . . . . 1 razem . 5
z końcem więc roku 1885 liczy sekcyja lwowska członków . 95

Kolega gospodarz sekcyi Littich odczytuje sprawozdanie kasowe za rok 1885, poczém po przejrzeniu rachunków przez członków biura sekcyi udzielono koledze gospodarzowi absolutoryjum.

Następnie wezwał przewodniczący, aby członkowie przystąpili do wyboru biura sekcyi na rok 1886. Członkami biura sekcyi zostali wybrani na rok 1886 następujący koledzy: Przewodniczącym sekcyi dotychczasowy przewodniczący kol. Merunowicz. Zastępcą jego kol. Kadyi. Sekretarzem naukowym dotyczczasowy sekretarz kol. Wiktor. Sekretarzem administracyjnym dotychczasowy sekretarz kol. Bylicki. Gospodarzem dotychczasowy gospodarz kol. Littich. Członkami biura dotychczasowi członkowie koledzy: Madejski, Pawlikowski. Delegatami na walne zgromadzenie wybrano kol. Dr. Różańskiego, Dr. Schattauera, Dr. Ziembickiego a zastępcami Dr. Majewskiego, i Dr. Merczyńskiego.

Dr. J. K. Wiktor
Sekretarz naukowy.

XI zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 5 grudnia 1885.

Przewodniczący Dr. Merunowicz. Obecnych członków 20 i 1 gość.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

W dyskusyi zabiera głos kol. protomedyk Biesiadecki i nadmienia, że w muzeum anatomo-patologiczném w Krakowie, znajdują się 3 przypadki porencefalii. Jeden dotyczył indywiduum dotkniętego zanikiem mięśni i okazuje jednostronną porencefaliję. Drugi zaś okazuje obustronną porencefaliję i tu komunikuje porencefalija z obiema komórkami bocznemi. Trzeci opisał Heschl. Ponieważ zwykle tam, gdzie brakuje istoty mózgowéj, brakuje i naczyń, można więc wnosić, że dla tego że nie ma naczyń, nie ma i części mózgu, może być jednak i odwrotnie. Zwykle zanika istota korowa mózgu i to od wewnątrz od istoty białéj ku zewnątrz, tak że od zewnątrz cieniutka warstwa zostaje i nie zanika, bo ta część otrzymuje naczynia od opony pajęczéj, więc od obwodu. Co do przyczyn to albo są rozwojowe (może brak naczyń w têm miejscu itp.), albo téż w porencefalii nabytéj przyczyną bywają sprawy patologiczne zapalne, emboliczne itp., które mogą nawet mięszać się z przyczynami rozwojowemi (stanami wrodzonemi) i sprawić zanik, ubytek części istoty mózgowéj. Ubytek istoty białéj z zatrzymaniem istoty szaréj jest cechą tego procesu i stanu (*Hydrocephalus internus* itp. nie jest jego przyczyną). — Kol. Kadyi sądzi, że gdy się tworzą pęcherze rozwojowe mózgu, może jeden pęknąć, i daléj się już ta część mózgu, która z niego powstać miała, nie może rozwinąć. W ten sposób mogła powstać porencefalija wrodzona na jednym z okazanych mózgów. Drugi zaś preparat wygląda tak, jakoby był ogniskiem zanikowém, w skutek jakiejś sprawy patologicznéj powstałym. — Kol. Laskiewicz zapytuje, czy nie wiadomo prelegentowi, jak często trafiają się przypadki porencefalii u obłąkanych. Robił on bowiem przeszło 500 sekcyj a widział przeszło 700 sekcyj, wrodzonych znaczniejszych braków jednak nie widział, tylko nabyte dosyć często mniejsze lub większe (w skutek *Encephalitis*, embolii, *Emmolitio cerebri* itp.). Co do *Epispadiasis* zauważa, że łączą ten stan z chorobami nerwowemi (i umysłowemi), zna on jeden przypadek *Epispadiasis* w Kulparkowie, gdzie chory dotknięty *cum paralysi progressiva* ma *Epispadiasis*. — Kol. Seifman nadmienia ze stanowiska patologii porównawczéj, że *coenurus cerebralis* usadawiając się w różnych miejscach czaszki a często na powierzchni mózgu sprawia zanik odpowiedniéj części mózgu, i jeżeli się usunie tego pasorzyta, to może wyglądać potém mózg jak w porencefalii, dodaje także, że zwierzęta z brakiem prawie całéj półkuli mózgu żyją długo, nawet rok i dłużéj.

Kol. Kadyi okazuje mózg i rdzeń wyjęty przy sekcyi psa, który przez 10 dni leżał porażony. Pies ten miał oba oczy zanikłe (*Phthisis bulbi*), nie wiadomo jak dawno; w ogóle historyja choroby jego nie bardzo jest dokładnie znana. Rozpoznano za życia *Meningitis*. Po wyjęciu i przecięciu mózgu znaleziono w komórkach mózgowych płyn krwawy, tudzież zmiany chorobowe na wyściółce, a mianowicie przekrwienie, bardzo liczne wynaczynionki krwi drobne, nadto liczne guziczki mniejsze i większe, a nawet jeden guzik jakby nekrotyczny brudno cisawy i jak całe ependyma krwią przesiąkły. Sprawa chorobowa sięga przez *Aquaeductus Sylvii* do komórki czwartéj. *Tela chorioidea* także zgrubiała i guzowata. Sprawa chorobowa sięga jeszcze daléj, bo aż do *canalis centralis medullae spinalis*, który jest rozszerzony i ściany jego krwią przesiąkłe. Prócz tego znaleziono u tego psa przedni i środkowy prawy płat płuc zajęte zapaleniem płuc zrazikowém. (Reszta płuc zdrowa i normalna). W owych chorobowo zajętych częściach płuc nie znaleziono prątków gruźliczych. Kol. Kadyi oznacza ten stan jako *Ependymitis haemorrhagica*.

Kol. protomedyk sądzi, że ów ciemny guzowaty niby nekrotyczny guzik był może początkiem i punktem wyjścia choroby, i że następnie ztąd sprawa chorobowa daléj się przeniosła. Zdaje się, że to są naczynia *plexus* zatkane, że potém jedno naczynie (lub więcéj) pękło do jamy i rozlało się w komorze, w takim razie więc byłabyto embolija. — Kol. Laskiewicz acz nie ma doświadczenia w sekcyjach zwierzęcych i w ich tłumaczeniu, sądzi jednak przez analogiję zmian ludzkich, że tu mamy do czynienia z *Ependymitis granulosa* a nie *tuberculosa*, wygląda to bowiem na bujanie komórek przybłonkowych.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Wiktor.*

VI. Kilka uwag nad wynagrodzeniem lekarzy sądowych w Austryi i w innych państwach.

Gutta cavat lapidem . . . .

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Być może, że w okolicach Wiednia lub w najbliższém sąsiedztwie pięknych stolic zamożnych krajów, wchodzących w skład monarchii austro-węgierskiéj, drogi są tak wygodne, a powozy tak obszerne i miękkie, że pomieszczenie 4 członków komisyi w powozie, który w razie deszczu może stać się wygodném, nakrytém schronieniem, nie okazuje się rzeczą tak nader zdrożną i wprost ubliżającą powadze i stanowisku umiejętnemu rzeczoznawców sądowo lekarskich; co do kraju jednak naszego, to wprost zarządzenie tego rodzaju należy uznać za zamach na godność, bezpieczeństwo i zdrowie członków komisyi sądowo-lekarskiéj, gdyż częstokroć zdarza się, zwłaszcza w okolicach górskich, że lekarze muszą brnąć piechotą w zaspach śnieżnych lub obijać nogi o kamienie, albo też za własne pieniądze najmować podwody, aby tak szczytnym obowiązkom rzeczoznawców sądowych bez zrujnowania zdrowia godnie odpowiedzieć. Lecz niejednemu z szanownych czytelników może nasunąć się wątpliwość pod względem prawdziwości odmalowanego obrazu, a co najmniej gotów mnie posądzić o przesadę. Niestety tak nie jest, bo smutne doświadczenie pouczyło mnie niejednokrotnie, że wysokie władze sądowe, albo raczej izby obrachunkowe przy tychże, wprost wykreślają z rachunków zarachowaną należytość za podwodę, choćby się nawet udowodniło potrzeby drugiéj podwody nader niekorzystnemi warunkami terenu lub fatalną porą roku, albo też w razie nadzwyczajnéj łaskawości przyznają należytość za $^1/_4$ (wyraźnie ćwierć) podwody, a więc zaledwie $2^1/_2$ centa za kilometer drogi, t. j. jeszcze tak nizką należytość, że nawet w najuboższych zakątkach kraju należytość tę trzeba podwoić lub potroić, aby dostać prosty wóz z bardzo lichym, wychudzonym zaprzęgiem.

Nadto nieraz zdarza się w okolicach górskich, że komisyja sądowo-lekarska nie może się w zimie inaczéj dostać

do miejsca swéj czynności, jak tylko na maleńkich saneczkach, do których tylko jeden koń może być zaprzężonym, albowiem jedynie w ten sposób, ślizgając się po wązkiej ścieżce ubitéj, można dojechać do odległéj nieraz wioski. Wówczas z konieczności podwoda rozdrobnić się musi na 4 części, a każdy członek komisyi musi być dla siebie powożącym i powożonym, inaczéj bowiem nie zdoła przebić się przez zaspy śnieżne i przez wązkie ścieżki, od których na krok zboczyć nie może. Czyż więc w obec takich stosunków nie jest rzeczą racyjonalną i odpowiednią godności i stanowisku rzeczoznawców, aby była im przyznaną osobna podwoda, przez co z jednéj strony doznaliby większéj wygody przy odbywaniu mozolnych podróży, z drugiéj zaś strony mogliby zaraz po ukończeniu swéj czynności sądowo-lekarskiéj powrócić do domu i drogi czas swój poświęcić na usługi cierpiącéj ludzkości pocieszając ciężko chorych, którzy nieraz wyglądają niecierpliwie przybycia swych przyjaciół i opiekunów. Jeżeli nadto przy dojeżdżaniu do miejscowości nawiedzonych chorobami epidemicznemi może rząd przyznawać lekarzom i należytość pocztową, względnie ekstra-pocztę, wraz z odpowiedniemi dyjetami, a mimo to wydatki państwowe na te cele nie uczynią sumy olbrzymiéj, któréjby finanse państwa z łatwością nie podołały, to têm bardzéj przy spełnianiu tak ważnych zadań, do jakich czynności rzeczoznawców sądowo-lekarskich należą, powinny władze sądowe z całą gotowością ułatwiać spelnianie tych obowiązków i wynagradzać tak, jak to czynią państwa ościenne, przez co zyskają i ochoczych i rutynowanych rzeczoznawców, których nie trzeba będzie grozą paragrafów i karą stu guldenów przymuszać do uczynienia zadosyć poleceniu sądów. Z drugiéj strony znów i sędzia śledczy wraz z swym pomocnikiem będzie swobodniejszym i z całą ścisłością może się oddać wstępnym badaniom i przesłuchiwaniu świadków, a nie będzie zostawał pod moralną presyją członków komisyj sądowo lekarskich, którym spieszno do domu w celu spełnienia dalszych codziennych obowiązków, zapewniających im mozolny byt i utrzymanie dla całéj rodziny.

Sądzę, że dostatecznie wykazałem potrzebę powrócenia do dawnego prawidła i przyznania rzeczoznawcom lekarskim osobnéj podwody przy podejmowaniu żmudnych podróży w celu dopełnienia czynności poleconych im przez władze sądowe.

A teraz wypada mi kilku słowy jeszcze potrącić o należytości za udział w publicznych rozprawach sądowych i za czytanie aktów w ważnych sprawach, w których nagromadzony materyjał dowodowy rzuca nieraz jaskrawe światło na istotę czynu zbrodniczego i pozwala należycie oryjentować się rzeczoznawcom lekarskim przy opracowaniu wyczerpującego orzeczenia. Otóż wzmiankowana taryfa należytości sądowo-lekarskich z r. 1855 przyznaje lekarzom sądowym, t. j. doktorom medycyny, kwotę 3 fl. 15 ct. za pierwsze pół dnia, 5 fl. 25 ct. za cały dzień, a 2 fl. 10 ct. za każdą następną połowę dnia spędzonego przy rozprawie głównéj sądowéj, tudzież przy rozprawie końcowéj, celem dawania wyjaśnień sądowi. Należytości te ze względu na stratę czasu, tak drogiego dla lekarzy praktycznych, są wręcz za małe, gdyż lekarz przykuty nieraz przez dni całe do ławy sądowéj i zmuszony z tego powodu rezygnować z korzystnych podróży lub wizyt u chorych, otrzymuje zaledwie małą cząstkę tego, coby z mniejszym wysiłkiem umysłowym i w sposób nierównie przyjemniejszy zarobił po za salą sądową. A jeżeli rząd przyznaje w czasach epidemij lekarzom dyjety wynoszące 10 złr. dziennie, i w tym względzie nie robi nawet różnicy między lekarzami, posiadającymi stopień doktora wszech nauk lekarskich, a patronami lub magistrami chirurgii, to również byłoby rzeczą odpowiednią, aby za dzień spędzony przy rozprawach sądowych końcowych należytość wynosiła co najmniéj takąż samą kwotę, zwłaszcza, że lekarze uczestnicząc w rozprawach tak ważnych muszą baczną zwracać uwagę na wszystkie szczegóły toczącego się śledztwa i wytężać władzę kombinowania i logicznego powiązania faktów, aby usunąć nasuwające się wątpliwości i czyn zbrodniczy na podstawie ostatnich rezultatów nauk lekarskich w tak jasnêm świetle przedstawić, aby i przysięgli, częstokroć o niskim poziomie intellektualnym, mieli wybitny obraz, jasny swą prostotą, choć umiejętnie uzasadniony.

Toż samo tyczy się należytości za czytanie aktów, nieraz setki arkuszy wynoszących, z tą tylką różnicą na niekorzyść rzeczoznawców sądowo-lekarskich, że w tym względzie dowolność organów wymierzających należytości jest jeszcze większą a częstokroć lekceważącą trudy lekarza.

I tak jeden naczelnik sądu powiatowego uwzględnia czytanie aktów odbywające się z polecenia sędziego śledczego i przyznaje za to należytość równającą się połowie dnia spędzonego przy rozprawie głównéj, t. j. 3 fl. 15 ct., lub też w razach nadzwyczajnéj łaskawości należytość całodzienną, t. j. 5 fl. 25 ct., drugi zaś naczelnik chcąc może zdobyć zadowolenie wyższych sfer do przesady oszczędnych, wykreśla po prostu wszelkie należytości z tego tytułu zaliczone, twierdząc, ze jemu chodzi tylko o orzeczenie, a sposoby badania podstaw do wydania tegoż lub czytanie aktów wcale nie zasługują na osobne wynagrodzenie. Trzebaby zatem w każdym takim pojedyczym przypadku spierać się ustawicznie i wnosić częstokroć bezowocne zażalenia, na co lekarzom zajętym praktyką brak częstokroć ochoty, szkoda drogiego czasu, a nawet odwagi, aby się nie wydać zbyt interesownym, choćby się nawet kwotę uzyskaną w drodze rekursu ofiarowało na cele dobroczynne, jak to się bardzo często zdarza. — Praktykę tę zatem powinno usunąć ustawodawstwo, a taryfa należytości za czynności sądowo-lekarskie powinna w działach swych wyraźnie pomieścić należytość za czytanie aktów w miarę ich rozciągłości, zwłaszcza że aktów sądowych nie można czytać, jak zajmujący i lekki romans, lecz trzeba studyjować, robić z nich notaty i streszczenia, aby na ich podstawie można oprzeć nieraz nader ważne szczegóły orzeczenia sądowo-lekarskiego.

Analogija między dniem spędzonym przy rozprawie sądowo-lekarskiéj a czytaniem aktów w miarę ich rozciągłości dalaby się bardzo dobrze utrzymać, a wówczas lekarze wytężający wzrok na odczytanie częstokroć niestarannie spisanych protokołów sądowych, podobnych do hieroglifów, i zwracający baczną uwagę na ważne szczegóły śledztwa, nie utyskiwaliby na samowolne skreślanie słusznych należytości, jak to się niestety dotychczas praktykuje. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39·2. Z odry umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 0 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t,); z duru osutkowego 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 odry, 2 duru osutkowego, 5 duru powrotnego (z Podgórza). W tygodniu od 16—22 maja umarło z ospy w Wiedniu 4, w Budapeszcie 16, w Pradze 10, w Rzymie 5, w Zurychu 2, w Pradze 4, w Brukseli i Odesie po 1, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło: w Warsza-

wie 1, w Budapeszcie 5, w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 7. Z cholery umarło w Wenecyi 45. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 20, w Petersburgu 17. Z odry umarło w Rzymie 10, w Paryżu 29, w Londynie 45, w Petersburgu 36. Z płonicy umarło w Petersburgu 21. Z błonicy umarło: w Berlinie 27, w Budapeszcie 9, w Paryżu 35, w Londynie 18, w Petersburgu 15. Z krztuśca umarło w Londynie 49.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,5; w Drohobyczu 63,3; w Kołomyi 32,6: w Przemyślu 44,1; w Stanisławowie 40,8; w Tarnopolu 29,4; w Tarnowie 28,6; w Czerniowcach 30,6; w Opawie 30,9; w Warszawie 26,9; w Poznaniu 34,3; w Wiedniu 31,5; w Salcburgu 31,4; w Gracu 27,1; w Tryjeście 25,1; w Insbruku 23,7; w Pradze 46,3; w Budapeszcie 41,5; w Berlinie 25,5; we Wrocławiu 34,6; w Gdańsku 22,6; w Dreźnie 26,1; w Hamburgu 33,9; w Lipsku 28,4; w Mnichowie 31,6; w Strasburgu 34,8; w Bazylei 22,1; w Brukseli 26,5; w Chrystyjanii 21,0; w Genewie 23,1; w Kopenhadze 23,4; w Londynie 17,3; w Odesie 30,0, w Paryżu 26,2, w Petersburgu 39,0; w Rzymie 24,3; w Stokholmie 24,7; w Wenecyi 45,4; w Zurychu 35,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 czerwca. Rektorem Uniw. Jagiell. na rok przyszły wybrany został jednomyślnie prof. Dr. Stanisław hr. Tarnowski.

* Z listu kol. prof. Kadyiego dowiadujemy się, że Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowiła na posiedzeniu z d. 5 czerwca b. r. na obchód jubileuszowy prof. Teichmanna wysłać delegata, który w jéj imieniu wręczy adres Jubilatowi, tudzież do innych sekcyj Towarzystwa wystosować zaproszenie do wzięcia udziału w téj owacyi. Nie zależnie od tego Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. na ostatniém swém posiedzeniu, z uwagi, iż prof. Teichmann od dawna już jest członkiem honorowym Towarzystwa, postanowiła wysłać telegram gratulacyjny.

* Jest do obsadzenia posada sekundaryjusza w jednym z prowincyjonalnych szpitali. Bliższych wiadomości udzielić może prof. Korczyński.

* Od aptekarza w Żołyni p. Podgórskiego odnośnie do wzmianki naszéj w wiadomościach bieżących poprzedniego Nru otrzymujemy wyjaśnienie, że używa on zawsze pieczęci polskich do stemplowania recept, że pieczęci niemieckiéj używa tylko do korespondencyi z zagranicą, i że na recepcie zapisanéj przez Dra Hankiewicza pieczęć niemiecka wybita została tylko przez pomyłkę.

(K.) Mamy znów przed sobą receptę z datą Tarnopol dnia 15 maja 1886 L. 4491, którą przedstawił chory wcale dobrze po polsku mówiący, na któréj wybita jest stampilija: *Apotheke z. gold. Adler des Hermann Kahane in Tarnopol.* We własnym interesie p. Kahanego zapytujemy go, czy już całkiem obojętne mu są względy polskich lekarzy? W Tarnopolu lub w okolicy istnieje zapewne apteka, która nie używa niemieckich pieczęci. Nie dziwilibyśmy się, gdyby lekarze polscy téj aptece dawali pierwszeństwo nad apteką p. Kahanego.

* Pojawił się Nr. 1 czasopisma „*Anatomischer Anzeiger*“ (*Centralblatt f. d. gesammte wissenschaftliche Anatomie*), wychodzącego w Jenie pod redakcyją prof. K. Bardelebena (syna). W wydawnictwie tém mają udział z lekarzy polskich: proff. Adamkiewicz, Hoyer, Mikulicz i Dr. Mayzel.

* W Cieplicach czeskich do d. 3 czerwca było gości 1347.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Zmarły w roku przeszłym prof. Haeser darował uniwersytetowi biblijotekę swoją. — **Budapeszt.** Drowie Irsai i Bakó habilitowali się, pierwszy jako docent prywatny chorób krtani, ostatni chorób dróg moczowych. — **Cambridge.** D. 29 maja odsłonięto tu pomnik dla Jana Huntera. — **Heidelberg.** Prof. Weil powołany został do Dorpatu. — **Würzburg.** Dr. Hoffa habilitował się jako docent chirurgii. — **Paryż.** Akademija Umiejętności święciła na ostatniém swém posiedzeniu 100ne urodziny chemika Chevreula. — **Ateny.** Prof. położnictwa Dr. Milliades Benizelos mianowany został ministrem. — **Lipsk.** Prof. Birch-Hirschfeld wyjechał do Reichenhalu przebywszy ciężką chorobę płucną. — **Londyn.** D. 24 maja odsłonięto pomnik Erazma Wilsona. — **Strasburg.** Prof. zoologii po Oskarze Schmidzie mianowany został prof. Götte z Rostoku. — **Petersburg.** Dr. Janowski, asystent kliniki Botkina, habilitował się jako docent prywatny w Akademii wojskowo-lekarskiéj.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarzami starszymi w armii czynnéj mianowani zostali Drowie Stanisław Brożyński w Krakowie i Aleksander Majewski we Lwowie.

Stopień doktora w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Karol Jugendfein z Ciężkowic w Krakowskiém.

* **Nekrologija.** D. 31 maja umarł w Pradze czeskiéj baron Ehmig, b. lekarz przyboczny cesarza Ferdynanda I., w 61 roku życia; w Gandawie umarł psychijatryk Dr. Ingels licząc lat 56, a w Przemyślu lekarz kolejowy Dr. Maks. Breitschedl w 59 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 23: Szaniawskiego (w Karsie): Kilka słów o leczeniu wrzodu okrągłego żołądka za pomocą jodku potasu (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Prof. Baranowski (z powodu 25-lecia jego profesorskiéj działalności); Matlakowskiego: Kilka uwag o zmianach, zachodzących w jelicie zaciśniętém w przepuklinach uwięzionych; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.); Orłowskiego: Sprawozdanie z oddziału chirurg. mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r. (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 16 b. m. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) Dr. Odo Bujwid (z Warszawy) będzie miał wykład: O szczepieniach ochronnych wścieklizny metodą Pasteura (z demonstracyjami); 2) Komisyja przemysłowa przedłoży swe wnioski, 3) kol. Braun mówić będzie o gorączce powrotnéj i odbędzie się dyskusyja, wreszcie 4) kol. Prus mówić będzie o wykrytych przez siebie nerwikach nerwów i przedstawi odpowiednie preparaty drobnowidowe.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętosci średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 19 czerwca 1886. № 25. Rok XXV.

I. Kilka uwag nad wartością podotrzewnowéj operacyi przepukliny uwięźniętéj bez otwarcia worka.

Skreślił Dr. Józef Orłowski,
prymaryjusz szpitala powszechnego w Przemyślu.

O podotrzewnowéj metodzie operowania przepuklin uwięźniętych tyle już rozprawiano i pisano, że zdawaćby się mogło, iż kwestyja ta jużby powinna stanowczo być rozstrzygniętą, a jednak dotąd akta nie są zamknięte w tym względzie; dziś jeszcze bowiem często można się spotkać z pochwałami i usilném zalecaniem tego sposobu, gdy przeciwników tylko mała jest liczba; a w obec tego sądzę, że dla załatwienia kwestyi spornéj pożyteczném byłoby ogłaszanie przypadków, z których można powziąść dokładniejszy pogląd na sprawę; ten wzgląd téż skłania mnie do podzielenia się z światłą publicznością lekarską krótkim opisem przypadku z mojéj praktyki i uwagami, jakie mi się z jego powodu nastręczyły. Dla operatora z powołania stoją otworem rozmaite drogi, a każda może prowadzić do celu; rozległa wiedza i doświadczenie są mu wskazówką ułatwiającą w wyborze najróżnorodniejszych sposobów operowania; dla niespecyjalisty, zwłaszcza na prowincyi, który zmuszony jest rozwijać czynność zarówno we wszystkich niemal działach sztuki lekarskiéj i nie ma czasu na obeznanie się ze wszystkiemi poglądami w danéj kwestyi, tworzącemi nieraz istny las kontrowersyj, pożądaném byłoby ustalenie i podanie metody jak najprostszéj, o ile to da się bez uszczerbku dla rzeczy uskutecznić. Dalekim jestem od chęci stwarzania szablonów, ale sądzę, że zgodzi się ze mną każdy, iż uproszczenie i ułatwienie metody, zwłaszcza w operacyjach nagłych, czyniąc je przystępnemi dla szerszego koła wykonawców, niemogących mieć rutyny i wprawy specyjalisty, jest rzeczą niezmiernie pożyteczną i ważną.

Oto krótki szkic historyi mojego przypadku, w którego przedstawieniu pomijam szczegóły nienależące ściśle do rzeczy i podaję jedynie najważniejsze.

Mirla Amtmanowa, lat 48 licząca, żona rzeźnika, matka 8 dzieci, od lat dwóch cierpiała na napady bólów w brzuchu, które określa jako kurcze żołądka połączone z nudnościami a czasem i wymiotami, pojawiające się co parę miesięcy niezależnie od pory brania pożywienia i trwające po kilka godzin; ani przedtém ani w ciągu tych 2 lat ostatnich nie spostrzegła nigdy żadnego obrzęku w pachwinie, dopiero w d. 1 kwietnia br. bez widocznéj przyczyny, nie doznawszy ani wstrząśnienia, ani nie dźwignąwszy żadnego ciężaru, dostała zwykłych boleści, które tym razem usadowiły się głównie w pachwinie prawéj, gdzie też nagle wystąpił guz wielkości orzecha włoskiego, bolesny i niedający się napowrót wsunąć; od téj chwili pojawiły się stałe nudności, okresowe wymioty, składające się z początku z pokarmów a następnie z cieczy czystéj żółciowéj. Kilku kolejno wzywanych lekarzy próbowało guz ten wsunąć (bez usypiania), gdy jednakże usiłowania te przez 36 godzin podejmowane nie odnosiły skutku, a przypady niedrożności jelit ciągle się wzmagały, przewieziono chorą do tutejszego szpitala powszechnego w d. 2 kwietnia, gdzie o godzinie 6éj wieczorem znalazłem ją w stanie następującym:

Chora dobrze odżywiona, z twarzą nieco zapadłą, tętnem drobném, przyspieszonem, ciepłotą prawidłową; brzuch wzdęty, odgłos nad nim wszędzie jawno bębenkowy, od czasu do czasu wymioty; w okolicy pachwiny prawéj poniżéj więzu Pouparta widać guz wielkości dużego orzecha włoskiego, skóra nad nim prawidłowa, przesuwalna, odgłos wypukowy stłumiony, bębenkowy, w głębi daje się wyczuć dalszy ciąg jego i tam też przy obmacywaniu chora doznaje znacznego bólu. Rozpoznano przepuklinę udową, i po przygotowaniu potrzebnych narzędzi i uśpieniu choréj, gdy odprowadzenie bezkrwawym sposobem nie dało się wykonać, przy asystencyi 2 kolegów przystąpiłem do operacyi. Ująwszy fałd skóry prostopadle do najdłuższego wymiaru guza (tutaj poprzecznego) wbiłem u podstawy tegoż nożyk kończysty, przedłużając cięcie po zgłębniku rowkowanym w obydwóch kie-

runkach rany aż do odsłonięcia dokładnie całego guza; wkrótce z rany wychylił się worek, którego ściany okazały się znacznie zgrubiałemi; oddzieliwszy go szczególnie w stronie wewnętrznéj od części otaczających i wprowadziwszy koniec lewego wskaziciela aż do miejsca zaciśnięcia włożyłem nożyk przepuklinowy, którym wiąz Gimbernata w dwóch miejscach płytko naciąłem; podczas całego aktu krwawienie było minimalne. W téj saméj prawie chwili za lekkim naciskiem na dno worka, jelito uwięźnięte z charakterystycznym szmerem osunęło się w głąb jamy brzucha, przyczém i sam wypróżniony worek nieco w głąb się osunął; ponieważ przepuklina była mała, nie otwierałem worka, lecz po należytém oczyszczeniu rany, zapyleniu proszkiem jodoformowym, założeniu sączka i zeszyciu, zastosowałem opaskę uciskową i chorą złożono w łóżku. W ciągu pierwszéj godziny spała spokojnie, lecz po upływie tego czasu pojawiły się znowu wymioty, które początkowo przypisywano działaniu chloroformu; dano lawatywę z litra letniéj wody, która wkrótce odeszła zabarwiona żółto, a w niéj dwie grudki zbitego kału wielkości tureckiego orzecha i nieco wiatru. Noc jednakże przeszła niespokojnie, a przez dzień następny trwały objawy niedrożności jelit daléj; gdy nietylko nie ustawały ale wzmagały się coraz więcéj, tak iż choréj groziło poważne niebezpieczeństwo, zaproponowałem powtórną operacyję, na którą się zgodzono nazajutrz po długich debatach familijnych. Skoro nigdzie zewnętrznie nie odkryłem drugiéj przepukliny, przypuszczałem dwie ewentualności: albo po częściowém wypróżnieniu worka powstało powtórne uwięźnięcie z powodu przyczepki istniejącéj w tylnym odcinku jego, albo też istniał osobny skręt. Przy asystencyi kolegów Dra. S., lekarza sztabowego i Dra Z. przystąpiłem więc do operacyi; z powodu znacznego osłabienia choréj nie chloroformowano. Rana była zlepiona przez rychłozrost; po rozcięciu szwów, usunięciu sączka i rozwarciu brzegów wprowadziłem palec do jamy, gdzie namacałem na jelitach leżący, odłuszczony worek przepuklinowy; dla wydobycia go ręką (gdyż z obawy jakiegokolwiek uszkodzenia nie chciałem używać szczypców), oraz w przypuszczeniu, że może zajść konieczność manipulowania w jamie brzusznéj, musiałem otwór kanału udowego rozszerzyć; w tym celu rozciąłem wiąz Pouparta na 4cm. ku górze z zachowaniem wszelkich ostrożności, przyczém cały zabieg odbywał się zewnątrz otrzewny, a zyskawszy w ten sposób dostateczną przestrzeń, wprowadziłem trzy palce, któremi worek bezpiecznie wyciągnąłem na wierzch; podczas tego spostrzegłem, że worek w ręce mojéj malał, a gdy go otwarłem, jelita już w nim nie było; okazało się, iż miał postać klepsydry, któréj wcięcie przypadło w pierścieniu udowym i był znacznie większym, niż pierwotnie się wydawał, przez otwór zrobiony wprowadziłem palce prawéj ręki do jamy brzusznéj, a nie odkrywszy nigdzie żadnego zboczenia i upewniwszy się poprzednio o całkowitém wypróżnieniu worka, założyłem nań ligaturę w szyi i całe dno odciąłem; w końcu założyłem opatrunek jodoformowy. Odtąd wymioty ustały zupełnie a w sześć godzin późniéj pojawił się stolec i wiatry odeszły; wyzdrowienie potém już zwykłym torem postępowało i chora została uratowaną.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem wypadałoby szukać odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak sobie wytłumaczyć, że chora nie wiedziała o przepuklinie, która bez wątpienia istniała od dłuższego czasu (o czém świadczy grubość worka)?

2. Czy cięcie zaotrzewnowe bez otwarcia worka było wskazaném?

3. Co było przyczyną dalszego trwania objawów niedrożności jelit po pierwszéj operacyi?

4. Nakoniec, jakie wnioski dadzą się wysnuć z niniejszego przypadku co do wartości użytéj metody?

Co do pierwszego, to jeżeli nie zechcemy przypuścić najwyższego stopnia niedołęztwa i ciemnoty u choréj, niewiadomość jéj o istnieniu cierpienia daje się wytłumaczyć tém, że zapewne przepuklina nie przekroczyła kanału udowego, łatwo się wsuwała nie przedstawiając zewnętrznego obrzmienia, a dopiero w ostatnim czasie wystąpiła wyraźnie.

Co do drugiego pytania, to mniemam, że w obec małych rozmiarów przepukliny, skoro wielu znakomitych operatorów właśnie w takich razach cięcie zewnętrzne bez otwarcia worka zaleca, byłem w zupełném prawie użyć téj metody; a tém mniéj widziałem powodu do otwierania, gdy za pociśnięciem dna jelito z cechującym szmerem bulkocącym do jamy się spuściło i worek okazał się próżnym; uderza jeszcze w tym przypadku nader luźne przyczepienie worka do otoczenia, który po zastosowaniu opaski uciskowéj z wielką łatwością wpadł do jamy brzusznéj. Szukając przyczyny dalszego trwania niedrożności jelit, trudno co innego przypuścić, jak że wydarzyło się tu powtórne uwięźnienie w opadniętym nieotwartym worku, chodziłoby tylko o wyjaśnienie, w jaki to stało się sposób? Otóż skoro za pociśnięciem dna worka wyraźnie słyszeliśmy bulkotanie uwolnionego jelita a dno okazało się wypróżnioném, wolno przypuścić, że inkarceracyja była zniesiona, lecz jak z dalszego przebiegu wnosić trzeba, uwolnienie to było albo całkowite lecz chwilowe, albo, co jeszcze prawdopodobniejsze, częściowe, t. j. w głębszéj części worka istniała przyczepka, która, nie dopuszczając całkowitego oddzielenia treści, stała się następnie tak fatalną; w tym ostatnim razie dodawszy osunięcie odłuszczonego worka mielibyśmy zatém do czynienia z odmianą redukcyi *en masse*. Ale mniejsza o to i nad wyjaśnieniem tego zjawiska dłużéj zatrzymywać się nie widzę potrzeby, dla mnie bowiem główną rzeczą jest pytanie, jaką wartość ma operacyja bez otwarcia worka?

Jak wiadomo, sposób ten podany pierwotnie i wykonany przez Piotra Franco, a rozpowszechniony przez Petita znalazł i ma do dziś dnia dużo stanowczych zwolenników; chociaż i na przeciwnikach nie brakło. Zbyt wiele zabrałoby miejsca przytaczanie wszystkich argumentów *pro* i *contra*, ograniczę się więc jedynie do przytoczenia niektórych wybitniejszych i uzasadnienia mojego poglądu dla wykazania, że operacyja ta powinnaby wreszcie być porzuconą zupełnie; przyczém zastrzegam się, że nie sam jeden mój przypadek skłania mnie do tego zapatrywania, byłby to sąd zbyt doraźny i pospieszny, ale postaram się rozwinąć rozumowanie i oprzeć na premisach, jak mniemam, zdrowych i nie łatwo dających się obalić.

Richter dla poparcia zalet operacyi tak rozumuje: „jeżeli chirurg zdecydowawszy się już na operacyję jeszcze odważa się na próbę usunięcia uwięźnienia za pomocą *taxis* lub innego łagodniejszego środka a próba się udaje, to przecież przepuklina usunęła się także bez otwarcia, a części wewnątrz leżące mogą niespodziewanie stać się szkodliwemi; bo dla czegóż nie mamy się teraz obawiać przy *taxis* tego, czego po półkwadransie późniéj przy operacyi się obawiamy. Albertowi zdanie to wydaje się w istocie nader trafném:

„damit ist der Nagel auf den Kopf getroffen“ powiada i dodaje, że wszędzie. gdzie przypuszczalną jest *taxis,* i operacyja Petita musi być dozwoloną, a König zewnętrzną herniotomiję zowie odprowadzeniem (*taxis*) po przecięciu osłon zewnętrznych. (Dok. n.)

II. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał Prof. Dr. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Zmiany otrzymane w têm doświadczeniu mogą być uważane za typowe. Widzimy więc, że i w têm doświadczeniu w normalnym stanie zmiany w tętnicy udowéj są większe niżby być powinny w skutek wpływów hydraulicznych, w tętnicy zaś dogłowowéj, jak to na podstawie obliczenia wnosić można, parcie pomimo zmian w pozycyi zostaje prawie wciąż na téj samej wysokości. Charakter zmian zostaje ten sam nawet po tracheotomii i podczas sztucznego oddechania, lecz zupełnie się zmienia po przecięciu nerwów błędnych, zastrzyknięciu kurary i przecięciu rdzenia. W ostatnim przypadku w pozycyi pionowéj głową w dół parcie nie tylko, że się nie obniża w tętnicy udowéj, jak to było w stanie normalnym, lecz często nawet nie pozostaje na téj saméj wysokości, a stopniowo podnosi się z wyjątkiem chwili, w której się odbywa zmiana. Przyrost ten parcia jest oczywiście znacznie większy w tętnicy dogłowowéj, natomiast w pozycyi pionowéj głową do góry parcie obniża się nie tylko w tętnicy dogłowowéj, lecz nawet w tętnicy udowéj; w pierwszéj więc pozycyi mamy ogólne podniesienie się parcia w całym systemie tętniczym, w drugiéj również ogólne obniżanie się parcia. Zjawiska zupełnie więc są odmienne od tych, któreśmy otrzymali w stanie normalnym. Różnicę tę można widzieć z rys. 3, 4, 5 i 6. Zauważyć jednak mu-

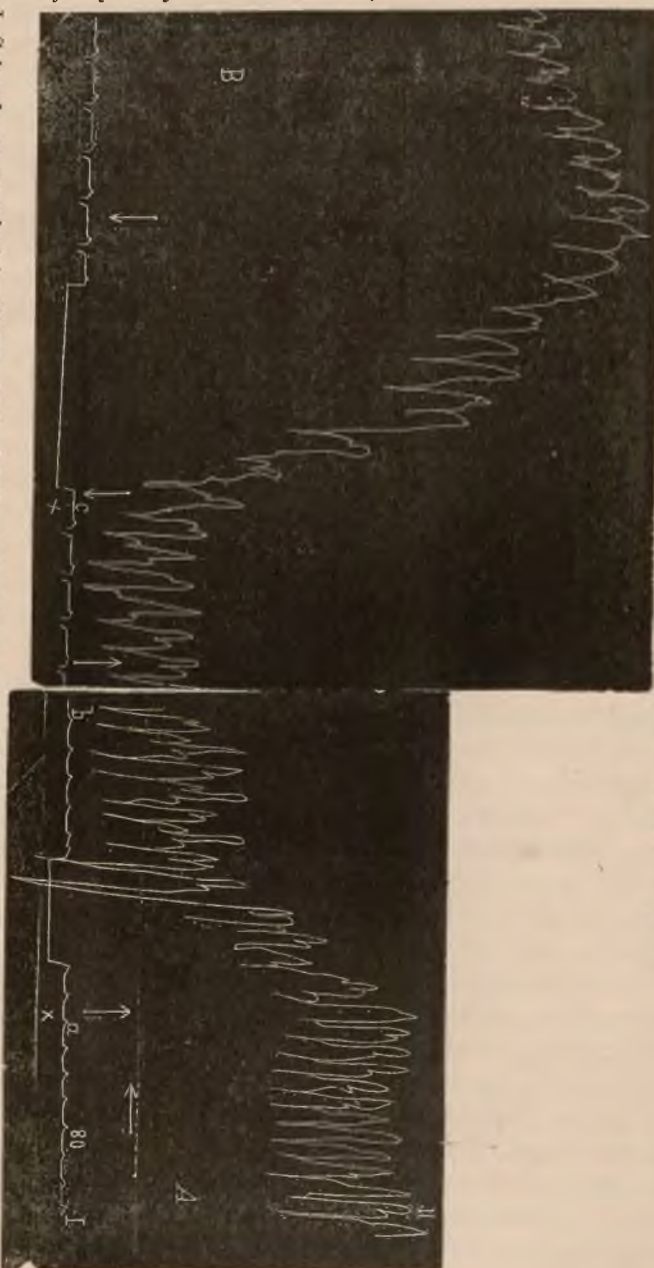


Fig. 3. Parcie w tętnicy udowéj w stanie normalnym m.

I. Sekundy na wysokości = 80 mm. rtęci (Linija prosta oznacza czas zmiany; ↘ kierunek osi ciała; ⋏ oznacza odnogi tylne). II. Krzywa parcia. *a*) Poziomo. *b*) Głową w dół (przerwa w ciągu 1'). *c*) Głową do góry.

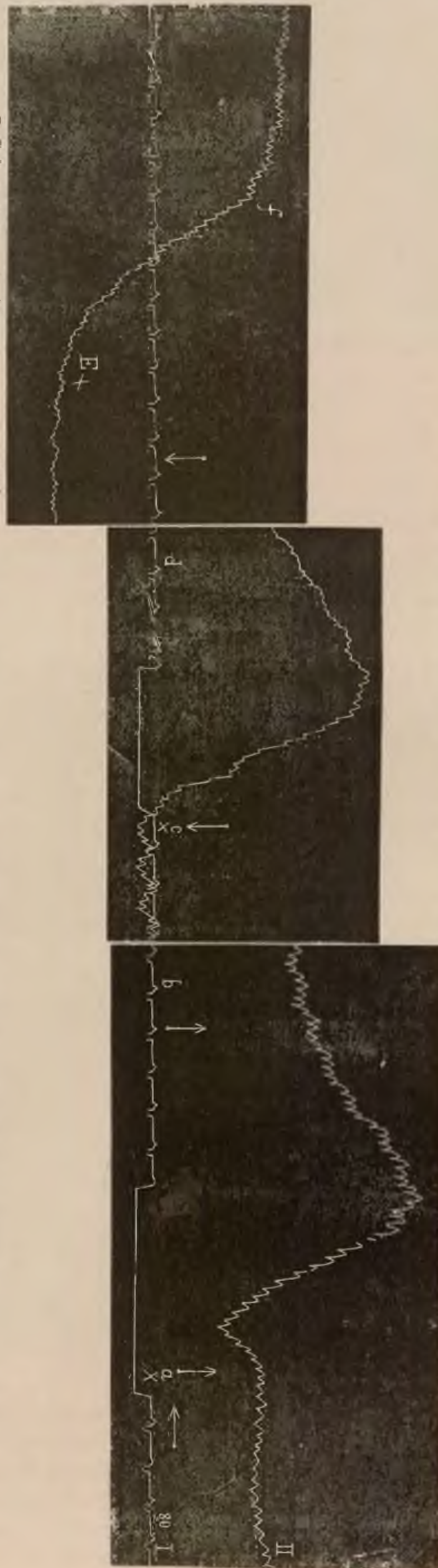
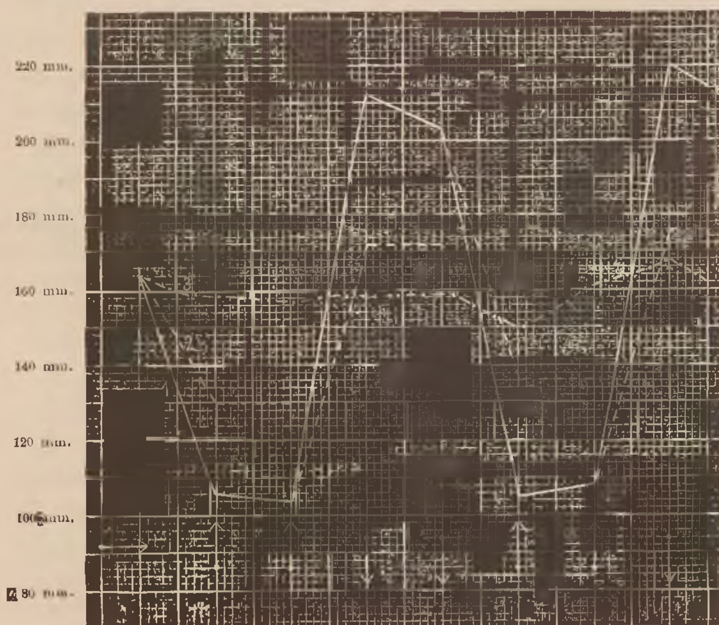


Fig. 4. Parcie w tętnicy udowéj po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą.

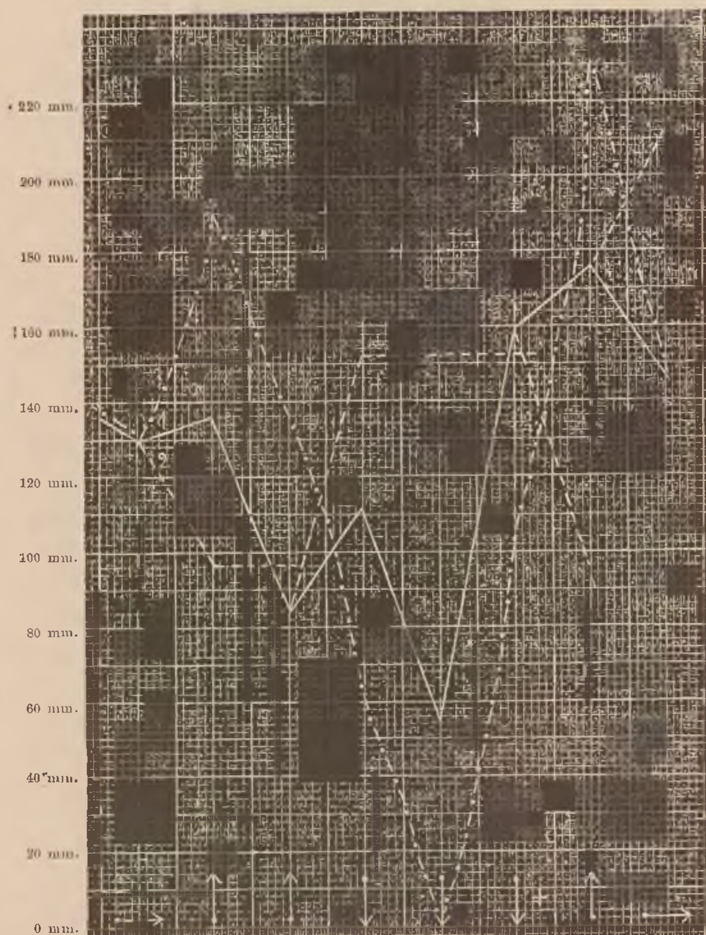
I. Sekundy na wysokości = 80 mm. rtęci.
II. Krzywa parcia; do *a*—poziomo; od *a* do *c* głową w dół (przy *b* przerwa w ciągu 2') od *c* do końca głową do góry (przy *d* przerwa w ciągu 2').
E f, zmiana w parciu skutkiem działania naczyniorchowych ośrodków.

Fig. 5. Zmiany w parciu średniém przy rozmaitych pozycyjach u zwierzęcia normalnego.



1. Parcie średnie spostrzeżone w tętnicy udowéj.
2. Parcie obliczone (tj. zmiany, jakie musiałyby być w parciu w skutek warunków czysto fizycznych).
3. Parcie obliczone dla tętnicy dogłowowéj ↝ kierunek osi ciała. •—Głowa, ∧—odnogi tylne.

Fig. 6. Zmiany w parciu średniém u tego samego zwierzęcia po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą.



1. 2. 3. Patrz fig. 5. + Uciskanie brzucha.

szę, iż zmiany w niżéj przytoczonych doświadczeniach otrzymane w stanie normalnym nie są tak wybitne jak właśnie w tém doświadczeniu. Ta niejednostajność rezultatów może pochodzić ztąd, iż nie wszystkie zwierzęta używane do doświadczeń zachowują się jednakowo: jedne z nich znoszą wstępne przygotowania, jako to przywięzywanie do deski, odszukiwanie tętnic lub nerwów dość obojętnie, inne znowu tak są niespokojne, iż wymagają zastósowania chloroformu i chociaż badania rozpoczynały się po zupełném ocuceniu zwierzęcia, cały jednak szereg tych rękoczynów już znacznie zmienia czynności narządu oddechowego i serca, że podobne zwierzę trudno uważać za normalne. To téż jakkolwiek nazywam ten stan normalnym, w zupełności go jednak za takowy uważać nie mogę, że zaś u normalnych zwierząt przy zmianach pozycyi zawsze można otrzymać podobne zjawiska jak i otrzymane w doświadczeniu 3, to o tém się przekonałem obserwując te zmiany wielokrotnie na zwierzętach przeznaczonych do innych doświadczeń; zawsze otrzymywałem tém mniejsze zmiany w tętnicy dogłowowéj przy rozmaitych pozycyjach im na bardziéj świeżém zwierzęciu obserwacyje te były dokonywane. Z tego więc wnoszę, że i prof. Paszutin przyszedł do wniosku, że w tętnicy dogłowowéj zmiany są bardziéj znaczne, niż zmiany hydrauliczne, w skutek tego, iż badał parcie na zwierzętach już nie zupełnie normalnych.

Wprzód nim przytoczę inne doświadczenia, chciałbym już tu zwrócić uwagę na to, w jaki sposób wytłumaczyć w przytoczonych doświadczeniach te zmiany w parciu ościennêm po zatruciu kurarą lub przecięciu nerwów błędnych.

Ani zmiany tętna, ani sztuczne oddechanie bez zatrucia kurarą tych zmian nie wywołują (doświadczenie 3). Ponieważ zaś przecięcie nerwów błędnych zmienia rytm i charakter oddechania, a kurara zupełnie go uniemożliwia, i oddychanie musi być podtrzymywane sztucznie, więc w zmianach oddechania musimy szukać rozwiązania tego zagadnienia.

Z przytoczonych tu doświadczeń widzimy, iż parcie ościenne w układzie tętniczym wcale inaczéj się zachowuje w pozycyi głową w dół po przecięciu nerwów błędnych i zastrzyknięciu kurary, niż w pozycyi głową do góry, która jest zresztą pozycyją normalną u ludzi. Można więc przypuścić, iż pochodzi to ztąd, że krew w ostatniéj pozycyi pod wpływem ciążenia stopniowo nagromadza się w obszernych żyłach dolnych, zlewających się do *Ven. cava inferior*, a również w téj ostatniéj, skutkiem czego przypływ krwi do serca się zmniejsza i sprawia w następstwie obniżenie się parcia ościennego w tętnicach. W pozycyi zaś odwrotnéj, ponieważ system *venae cavae superioris* jest znacznie mniejszym, więc tylko nieznaczna ilość krwi pozostanie w nim w stanie względnego spokoju; natomiast z wielką szybkością, a osobliwie w pierwszéj chwili krew podąży do serca z systemu *ven. cavae inferioris;* każdy skurcz serca wniesie większą ilość krwi do układu tętniczego a skutkiem tego będzie powiększenie pracy serca i podniesienie się parcia ościennego w tętnicach. Przepełnienie więc krwią systemu *venae cavae inferioris* w pierwszym przypadku może być uważane za przyczynę obniżania się parcia ościennego w tętnicach. W skutek przebiegu głównego pnia licznych gałęzi téj żyły przez jamę brzuszną, przepełnienie to nie może mieć miejsca, dopóki stosunki parcia wewnątrz jamy brzusznéj i klatki piersiowéj są normalne. Parcie ujemne istniejące w klatce piersiowéj, jak wiadomo, podlega znacznym wahaniom w zależności od głębokości i siły wdechu i wydechu, przytém podczas wdechu parcie to wzrasta, podczas wydechu zmniejsza się; w jamie brzusznéj, jak wiadomo, mają miejsce odwrotne stosunki, podczas wdechu parcie się podnosi, podczas wydechu obniża się. Możemy więc żyły przebiegające przez jamę brzuszną uważać jakby umieszczone pod prasą, która je rytmicznie uciska przy każdym wdechu; już w skutek tego ucisku krew

musi z żył z większą szybkością posuwać się do klatki piersiowéj niezależnie od pozycyi organizmu, tém bardziéj, że w tym samym czasie mamy wzrastanie parcia ujemnego w klatce piersiowéj, co, jak wiadomo, działa ze swojéj strony na krew podobnie do pompy ssącéj. W skutek tego rytmicznego działania jamy brzusznéj i klatki piersiowéj oczywiście, iż krew w obszernych kanałach żylnych może się nagromadzić tylko podczas wydechu, lecz przy normalnych warunkach wydech trwa tak krótko, iż przepełnienie tych naczyń nie może dojść do skutku. Takie działanie jamy brzusznéj i klatki piersiowéj nie ogranicza się tylko do naczyń wewnątrz jamy brzusznéj położonych lecz wpływa również na żyły odnóg tylnych, gdyż przy zmniejszoném parciu w czasie ekspiracyi krew z żył tych odnóg ma wolny wstęp do po części opróżnionych żył jamy brzusznéj, podczas zaś wdechu nie może się cofać wstecz w skutek działania zastawek żylnych. Ztąd więc wynika, iż wpływ oddechania a w szczególności jamy brzusznéj, ma specyjalne znaczenie dla krążenia krwi, a mianowicie utrzymuje równomierne i prawidłowe rozmieszczenie krwi w dolnéj części ciała, co w górnéj uskutecznia wpływ ciążenia. Serce i nerwy naczynioruchowe utrzymać téj równowagi nie są w stanie; prawda, że przy obniżeniu się parcia w tętnicy dogłowowéj u zwierząt zatrutych kurarą można obserwować: po pierwsze, następcze podniesienie się parcia w układzie tętniczym (fig. 4 *Ef*), którego nie bywa po przecięciu rdzenia, jestto więc wpływ nerwów naczynio-ruchowych; powtóre przy całych nerwach błędnych, jak już wspomniałem wyżéj, przy pozycyi głową w dół, zwolnienie tętna i przyspieszenie przy pozycyi odwrotnéj; lecz wpływy te nie wystarczają dla zupełnego uregulowania rozmieszczenia krwi. Oddechanie więc u normalnych zwierząt musi być uważane jako regulator do rozmieszczenia krwi żylnéj, jako czynnik usuwający szkodliwy wpływ ciążenia. Lecz najważniejszym czynnikiem pod tym względem jest działanie tłoczni brzusznéj; na to wskazują doświadczenia, w których dokonywano biernego ucisku jamy brzusznéj, pomimo iż zwierzęta zostawały w pozycyi pionowéj głową do góry, zawsze jednak ucisk jamy brzusznéj, rytmicznie wykonywany, był w stanie podnieść parcie w tętnicy udowéj dość znacznie i utrzymywać to parcie na pewnéj wysokości przez czas dłuższy. Prócz tego jeżeli bezpośrednio po takim ucisku zmieniano pozycyję zwierzęcia, to otrzymywane przedtém podniesienie się parcia w tętnicy udowéj teraz zwykle nie ma miejsca, przynajmniéj w pierwszéj chwili. Temu tedy mechanizmowi zawdzięcza organizm, że może się przystósować do rozmaitych pozycyj bez szwanku dla zdrowia i że przy najrozmaitszych pozycyjach parcie w normalnym stanie w tętnicach dogłowowych podlega bardzo nieznacznym zmianom. Oczywiście, że to przystósowanie może mieć miejsce tylko pod warunkiem, jeżeli narząd piersiowo-brzuszny działa zupełnie normalnie; wszelkie nadwerężenie czynności tego narządu musi się w pierwszym rzędzie odbijać na prawidłowości rozmieszczenia krwi.—Sądzę, iż w obserwacyjach klinicznych można znaleźć cały szereg dowodów na korzyść tego przypuszczenia.—Lecz prócz tego ilość krwi saméj także musi odgrywać pewną rolę. Jeżeli organizm utracił dużo krwi, jak to było w poprzednich moich doświadczeniach, gdzie zwierzętom upuszczano krwi do $^1/_{23}$ wagi ciała, to pomimo czynności tego mechanizmu ta nieznaczna ilość krwi, która pozostaje w naczyniach, może się umieścić nawet w uciśniętych do pewnego stopnia żyłach jamy brzusznéj, a przez to przy pozycyi pionowéj głową do góry dać ten sam obraz, który otrzymujemy po zakuraryzowaniu lub przecięciu nerwów błędnych u zwierząt normalnych. Również zwierzęta z dość już od natury mało rozwiniętą muskulaturą jamy brzusznéj, z obszerną jamą, jak np. króliki, mogą przedstawiać te obrazy w stanie już normalnym, jak to stwierdził Salaté.

Ostatecznie więc przychodzimy do wniosku, że jakkolwiek siła ciążenia działa na krew w organizmie zwierzęcym i w skutek tego działania krew dąży do umieszczenia się w najniższych naczyniach, to jednak dzięki specyjalnemu skojarzeniu się organów oddechowych i układu krwionośnego wpływ ten zostaje zrównoważony. W walce z tym oporem, który się przedstawia w skutek siły ciążenia, przyjmują udział rozmaite czynniki, jako to czynność serca, nerwy naczynioruchowe, lecz wpływ tych czynników jest bardzo nieznaczny i występuje wyraźniéj tylko po usunięciu głównego czynnika a mianowicie oddechania, gdyż zmiany naprzykład w pulsie występują najwyraźniéj tylko u zwierząt zatrutych kurarą, i w każdym razie jako skutek zmiany w parciu. (C. d. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882. [1])

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

F. Zapalenie opony twardéj krwotokowe jest chorobą rzadką w wieku dziecięcym, a w porównaniu z występowaniem jéj u osób starszych rzec można, że jest u dzieci chorobą bardzo rzadką, gdyż z opisanych przypadków do lat 10ciu przypada zaledwo $5^1/_2$%. Najczęściéj uważano zapalenie opony twardéj krwotokowe u dzieci pomiędzy 2gim a 4ym rokiem życia. Pod względem pojęcia istoty sprawy chorobowéj, zdania są jeszcze podzielone, jedni za przykładem Huguenina uważają krwotoki, a raczéj wynaczynienie pomiędzy oponę twardą a miękką, za sprawę pierwotną, drudzy, obecnie w większości, za przykładem Virchowa i Heschla, twierdzą, iż najpierw powstaje zapalenie blaszki wewnętrznéj opony twardéj z wytworzeniem błony o naczyniach krwionośnych słabych łatwo pęknięciu ulegających i sprowadzających następowe wynaczynienia między oponami. Przyczynami usposabiającemi u dzieci ma być przedewszystkiém upośledzenie w odżywieniu krwawcowe, t. z. *diathesis haemorrhagica*, i podupadłe odżywienie w ogólności, a choroby zakaźne lub choroby połączone z utrudnieniem odpływu krwi żylnéj z czaszki bywają przyczynami najbliższemi, wzniecającemi ostatecznie rozwój krwotokowego zapalenia opon. Niektóre tylko głosy także za kiłą się oświadczają. Czy choroba w mowie będąca ogranicza się u dzieci częściéj tylko do jednéj półkuli, czy też jest obustronną, jeszcze nie jest rozstrzygniętém.

Rozpoznanie krwotokowego zapalenia opony twardéj możliwém jest tylko wśród pewnych warunków, a mianowicie: 1) jeżeli stanowczo wykluczoną zostanie obecność równoczesna innéj jakiéj choroby mózgu lub opon, 2) jeżeli sprawa chorobowa jest znacznie rozwiniętą, tj. gdy dziecię przynajmniéj jeden następowy krwotok przetrzymało, albo nawet po powtórnych krwotokach jeszcze przy życiu zostaje. Objawy w takim razie mają być następujące: Silny ból głowy dłuższy lub krótszy czas trwający, poczém występuje nagła bezprzytomność, drgawki ogólne, obustronne, zwężenie źrenic,

[1]) C. d. sprawozdania zeszłorocznego.

zwolnienie tętna i stan bezgorączkowy a co najważniejsza szybkie ustąpienie wszystkich przypadów, wyjąwszy bólu głowy, bez pozostawienia jakiegokolwiek porażenia lub zmiany w czuciu. Oczywiście pewniejszém staje się rozpoznanie, jeżeli po przerwie kilkutygodniowéj lub kilkumiesięcznéj wystąpi drugi podobny napad, również pomyślnie się kończący.

Od zwyczajnego wynaczynienia w opony miękkie różni się choroba ta jedynie silnym zwiastunowym bólem głowy, a następnie szybkiém ustąpieniem wszystkich objawów i rychłym w wielu razach powrotem do zupełnego zdrowia. Jeżeli jednak dziecię w pierwszym ataku zginie, rozpoznanie jest niemożliwém, gdyż trudno jest osądzić nietylko, czy dziecię zmarło skutkiem samoistnego wynaczynienia w opony miękkie, czy skutkiem krwotokowego zapalenia opony twardéj, lecz często nie można orzec, czy dziecię nie uległo jedynie eklampsyi. Trudności w rozpoznaniu nastręczają się natenczas, jeżeli równocześnie znajdujemy u dziecka chorobę taką, która drgawki wywołać może, jak np. zapalenie płuc, ospę, błonicę, dławiec itp. Z drugiéj strony pamiętać należy, iż skoro (jak to mieliśmy sposobność poprzednio wykazać) wynaczynienie w opony miękkie może przebiegać u dzieci bez wszelkich objawów za życia, to tém bardziéj wydarzyć się to może przy wynaczynieniu między oponę twardą a oponę miękką.

Przypadki zapalenia krwotokowego, opony twardéj w ciągu trzechlecia od r. 1879 do 1882 za życia atoli nierozpoznane były w liczbie 7 na 2035 chorych dzieci a zatém dosyć pokaźna cyfra. Z tych było chłopców 3, dziewcząt 4, wiek dzieci przedstawiał się jak następuje: W roku życia 1ym było dwoje, $1^1/_2$ było 1, $2^1/_2$ było 1, 3ém było 1, 5ym było 1, 8ym było 1. U dwojga dzieci stwierdziliśmy zboczenie w odżywieniu krzywicze, u jednego zimnicze, a u jednego zboczenie zimnicze i zołzowe. Odżywienie w dwóch przypadkach było bardzo dobre u reszty dzieci mierne lub złe. Jako choroby kompli kujące, a względnie choroby główne, zauważyliśmy 2 razy ospę, 2 razy dławiec a 3 razy zapalenie płuc. Czas obserwacyi szpitalnéj, ważny ze względu na powolny przebieg zapalenia opony twardéj, wynosił w 1ym przypadku 78 dni, w 1ym 59 dni, w 1ym 37 dni, w 1ym 26 dni, a w 1ym 2. Dwoje dzieci przywieziono konających, które w kilka godzin po przyjęciu zmarły.

Przypadki te są następujące:

1. Franciszka Filipczakówna, dziecię 1-roczne, dobrze odżywione, przyjęte 25 września 1879. Kościec prawidłowy, obwód czaszki 42cm., wymiar prosty 14, poprzeczny $12^1/_2$, obwód klatki piersiowéj 40cm., długość ciała 58cm. Cera blada. Z wyjątkiem nieżytu oskrzelowego miernego stopnia w klatce piersiowéj nie ma nic nieprawidłowego. Brzuch napięty, twardy, śledziona powiększona macalna. Ciepłota początkowo prawidłowa następnie 28 i 30go października podwyższona z powodu napadów zimniczych, które po zażyciu chininu ustąpiły. Rozwolnienie średniego stopnia po 2 do 5 wypróżnień nieżytowych dziennie, które naprzemian ustawało tygodniami to znów się ponawiało. 13go listopada zauważono obrzęk stóp nieznaczny, lecz mocz prawidłowy. 22/11 stwierdzono w szczycie prawym z tyłu przy kręgosłupie przytłumienie wypuku obok znaczniejszéj odporności a bez zmian osłuchowych. Waga wykazała ubytek o 30 dekagramów ciężaru od czasu przyjęcia dziecka. 25/11 c. r. 37·8°C., w płucu lewém od tyłu i u dołu rzężenia drobnobańkowe, wydech mocno słyszalny, chuchający. 5go grudnia często wymioty, zwłaszcza po jedzeniu, stolce zielone, cuchnące, zresztą stan ten sam. 8/12 fald nosowo wargowy po stronie prawéj twarzy wygładzony, uwydatniający się wybitnie wśród płaczu a kąt ust obwisły. 9/12 oddech chuchający po stronie lewéj utrzymuje się, wypuk z tonem wyraźnie stłumionym. 10/12 ponowne wymioty, na błonie śluzowéj języka i policzków pleśniawki, stolców 5. Stan ciągle bezgorączkowy 37° do 38°, 11/12 o godzinie $4^1/_2$ rano chora umarła bez dalszych objawów ze strony narządu nerwowego.

Sekcyja wykonana 12go grudnia 1879 wykazała: *Pneumonia catarrhalis sinistra lobi inferioris (pleuritis fibrinosa), oedema acutum pulmonis utriusque. Pachymeningitis haemorrhagica interna praecipue dextra (convexitatis et basis). Hydrocephalus internus minoris gradus. Tumor lienis chronicus, melanosis lienis et hepatis, adiposa degeneratio minoris gradus. Catarrhus intestini tenuis sbs. hyperplasia glandular. mesaraicar. Hyperplasia glandular. bronchial. dextr.*

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy co następuje: Czaszka okazuje guzy czołowe i boczne znaczne, kości cienkie, ciemiączka błoniaste. Opona twarda dość silnie przylega do sklepienia czaszkowego, wewnętrzna powierzchnia pokrywająca półkulę prawą, jakotéż wyścielająca podstawę czaszki w przedniéj prawéj i środkowéj prawéj zatoce pokryta prawie jednostajnie blado różowawą błoną elastyczną, okazującą gdzie niegdzie drobne drzewkowate nastrzykanie naczyń lub nawet wynaczynionki. Tu i owdzie błonka jest ciemno-czerwono zabarwioną. Błonę opisaną z łatwością w całości ściągnąć można, opona pod nią miernie drzewkowato nastrzykana. Opony miękkie miernie drzewkowato nastrzykane przeświecają, w przestworach podpajęczych nieco jasnéj surowicy. Zwoje wyraźne, rowki głębokie, na rozkroju miąższ okazuje prawidłowéj szerokości ciemno-szarą istotę korową, w istocie rdzeniowéj nie wiele prążków i kropek ciemnoczerwonych, spójność mózgu prawidłowa, komórki miernie rozszerzone zawierają nieco cieczy surowiczéj, jasnożółtéj, wyściółka blada, gładka.

2. Ignacy Swierczewski, chłopiec 8-letni, przyjęty do szpitala 21go lutego 1880 z ospą krwawą *(variola haemorrhagica)* w okresie kwitnienia, zlewającą się na twarzy i odnogach górnych. Liczne pęcherzyki na podniebieniu i przełyku, głos ochrypły, na skórze dość rozsiane wybroczynki wiśniowéj barwy, kilka pęcherzyków zawiera ciecz krwawą. W płucach liczne furczenia, śledziona obrzękła. Zapad znaczny, ciepłota 39·8°, chory półprzytomny, zgrzyta czasem zębami. 22go lutego drobne trzeszczenia w płucu prawém, niespokój, c. 40·0°, umarł o godzinie 2éj nad ranem.

Sekcyja wykonana 25 lutego wykazała: *Variola vera in stadio suppurationis et exsiccationis, pneumonia lobularis dextra cum recenti fibrinosa pleuritide, hyperplasia agminum Peyeri mucosae ilei et glandularum mesaraicarum. Melanosis lienis, infiltratio hepatis adiposa, degeneratio renum adiposa, ulcera tracheae post variolam. Pachymeningitis interna haemorrhagica recens.* Z protokołu wyjmujemy: Czaszka prawidłowa symetryczna, opona twarda gładka, wewnętrzna powierzchnia ponad lewą półkulą mózgową powleczona żółtawemi lub czerwonawemi płatkami elastycznéj łatwo zdjąć się dającéj wypociny, miejscami widoczne drzewkowato rozgałęziające się naczynia. Zwoje mózgowe wyraźne, miąższ w całości nieco przekrwiony, spójność prawidłowa, komórki mózgowe rozmiarów prawidłowych, wyściółka blada, gładka.

3. Ruchla Gemeinerówna, dziewczyna 3 letnia, przyjęta do szpitala 17go marca 1880. Budowa kośćca prawidłowa, ciemię jeszcze niezarośnięte, nieco zaklęśnięte, odżywienie

złe, skóra sucha, brudno-ziemista, bujny porost włosów na grzbiecie zwłaszcza między łopatkami, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe. W narządach klatki piersiowéj zmian wykazać nie można, brzuch wysklepiony, niebolesny, śledziona znacznie powiększona, rozwolnienie trwające już od kilku tygodni. Nie gorączkuje. W dalszym przebiegu zauważono, iż liczba stolców na dobę bywa 3 do 5ciu, które co do jakości odpowiadają przewlocznemu nieżytowi jelit. Stan ogólny był zadawalający. Dopiero 11 kwietnia zauważono podwyższenie ciepłoty 38·2°, 12go c. r. 38·0°, c. w. 39·5°, wymioty, kaszel i kilka guzków na twarzy drobnych jednak twardych; 13go c. r. 39·0°. Guzków więcéj wysypało się okazujących cechę ospowych. Przebieg ospy był łagodny, tak że 20 kwietnia chora przestała gorączkować, a przysychanie odbywało się należycie. Natomiast wystąpiło napowrót znaczne rozwolnienie, a 6go maja stwierdzono obecność płynu wolnego w jamie brzusznéj, następnie mierną ilość białka w moczu, w osadzie nieliczne wałeczki Belliniego. 11go maja stwierdzono skrócenie odgłosu wypukowego w pasze prawéj i liczne rzężenia drobne w płucu prawém, 13go trzeszczenie w podstawie płuca lewego, stan jednak wciąż bezgorączkowy. 14go maja o godz. 6 wieczór chora umarła.

Sekcyja wykonana 15 maja 1880 wykazała: *Nephritis parenchymatosa et apostematosa bilateralis. Diphtheria intestini crassi incipiens, catarrhus intestini tenuis chron. Residua variolae, pneumonia lobularis bilateralis, pachymeningitis haemorrhagica interna. Tumor lienis malaricus.* Odnośne szczegóły z protokółu sekcyjnego: „Czaszka prawidłowa symetryczna, opona twarda gładka, blada, wewnętrzna powierzchnia ponad prawą półkulą powleczona dość rozległą warstwą wypociny błoniastéj ciemno-czerwonéj, miejscami drzewkowate rozgałęzienie naczyń okazującéj. Opony miękkie cienkie, przeświecają, zwoje mózgu wydatne, rowki głębokie, miąższ w całości blady, suchy, spójności prawidłowéj".

4. Jan Mysakowicz, chłopiec 1-roczny, miernie odżywiony, przyjęty do szpitala 26 marca 1880. Budowa kośćca krzywicza, czaszka czworokątna, guzy czaszkowe znacznie wystające. Ponad dolnym płatem płuca lewego wypuk czczy i stłumiony, oddech słabiéj słyszalny, oskrzelowy. Brzuch wysklepiony, śledziona niemacalna, ciepłota 38·1°. Podczas dalszego pobytu zauważono, iż objawy zapalenia płuca lewego utrzymują się, jakoto wypuk stłumiony, oddech oskrzelowy a wreszcie liczne rzężenia drobnobańkowe, pomimo iż ciepłota była prawidłową. Zauważono następnie eksacerbacyje wieczorne ciepłoty do 38·6°C. przy ciepłocie rannéj 37·0°. Dnia 15go kwietnia wystąpiły objawy zapalenia ogniskowego płuca prawego. Wśród ogólnego zapadu chory umarł 20 kwietnia o godz. 2éj popołudniu.

Sekcyja wykonana 21 kwietnia wykazała: *Pleuropneumonia bilateralis lobularis, cum partiali degeneratione caseosa pulmon. sin. Catarrhus chronic. intestini tenuis, hyperplasia glandul. mesaraic. Laryngitis et pharyngitis membranacea. Pachymeningitis haemorrhagica interna.* Szczegóły: „Czaszka prawidłowa symetryczna. Opona twarda gładka, wewnętrzna powierzchnia sklepienia czaszkowego wysłana w całości błoną na 2 do 3 milimetry grubą, żółtawą, miejscami ciemno-czerwoną, dającą się w dużych płatach ściągnąć. Na podstawie tylko gdzieniegdzie widać strzępki żółtawe do opony przylegające. Opony miękkie cienkie, lekko drzewkowato nastrzyknięte, przeświecające. Mózg w całości prawidłowy". (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich. Skreślił prof. Dr. Obaliński. Nakładem Wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie 1886.

Książka, którą mamy przed sobą, omawia jednę z trudniejszych a niewątpliwie dla każdego lekarza najbardziéj potrzebnéj gałęzi chirurgii praktycznéj. Autor obrał dla książki swojéj formę ulubioną pisarzy francuskich, to jest formę wykładów i w 21 wykładach skreślił ten ważny przedmiot krótko, jasno, wyczerpująco z należytém uwzględnieniem literatury nowszéj, mianowicie francuskiéj i angielskiéj i z ominięciem kwestyj spornych w nauce, których rozbieranie drobiazgowe w książce przeznaczonéj przeważnie dla lekarzy praktycznych jest może i zbyteczne.

Słusznie autor na samym wstępie z naciskiem zwraca uwagę na ścisłą metodę badania, nad którą się dość obszernie rozwodzi. Bardzo cenne, zwłaszcza dla początkujących, są wskazówki diagnostyczne, czerpane bądźto z dzieł znakomitych specyjalistów, jak Thompsona, Guyona itd. bądź téż z własnego doswiadczenia.

Równie obszernie rozwodzi się autor nad drugim z rzędu środkiem pomocniczym do diagnostyki chorób dróg moczowych, tj. nad badaniem moczu. W części téj przytacza autor wszystko co jest najważniejszém a na co szczególniéj chirurg powinien zwracać uwagę przy łóżku chorego. Przez wprowadzenie części fizyjo-chemicznéj do podręcznika o chorobach dróg moczowych książka bardzo zyskała na wartości a autorowi należy się za to prawdziwa wdzięczność. W dalszym ciągu podaje dokładny opis stosunków anatomiczno-fizyjologicznych i przechodzi w 7 wykładzie do części praktycznéj, którą inauguruje opisem szczegółowym cewnikowania. W téj części znajdzie czytelnik bardzo trafne uwagi o wprowadzaniu cewnika w trudnych przypadkach i wzmiankę o metodzie Thompsona przecięcia cewki moczowéj w celu dokładnego zbadania pęcherza palcem wprowadzonym do pęcherza. Prawdziwie pouczające są uwagi o następstwach cewnikowania, wykonanego prawidłowo i nieprawidłowo. Ta część trudna i zawiła bardzo dobrze jest opracowana, widać że ją autor studyjował z szczególném zamiłowaniem. Wzorowo obrobiony jest dział traktujący sposób postępowania w przypadkach zatrzymania moczu, téj przypadłości przerażającéj chorego a sprawiającéj często lekarzowi tyle niepokoju i trudu. I tak każdy po sobie wykład aż do końca zawiera mnóstwo ważnych i trafnych uwag tak z własnego doświadczenia jak i z dzieł znakomitych specyjalistów.

Wykazawszy tyle zalet téj książki, muszę, chcąc odpowiedzieć zadaniu sumiennego krytyka, wspomnieć i o usterkach w téj pracy. Z góry jednakowoż zaznaczyć muszę, że ich jest nie wiele, że są mało znaczące i że wartości książki wcale nie zmniejszają. I tak na str. 35 powiada autor „gdy mocz oddziaływa amoniakalnie (autor zapewne miał na myśli oddziaływanie alkaliczne z powodu obecności NH_3), mamy dowód rozkładu moczu, przyczém mocznik rozkłada się na węglan amonowy" a dalej na str. 36 „oddziaływanie amoniakalne w świeżym moczu świadczy o głębokich zmianach w błonie śluzowéj i w ogóle w ścianach pęcherza." Tym czasem wiadomą jest rzeczą, że w przypadkach wystąpienia w znaczniejszéj ilości fosforanu wapniowego zasadowego (tak zwanego kostnego), mocz świeżo puszczony oddziaływa niekiedy alkalicznie a to z przyczyny obecności NH_3.

Stan ten w fosfaturyi nawet dłuższy czas trwać może a jednak nie pociąga za sobą głębokich zmian w błonie śluzowéj i w ścianach pęcherza. Obecność NH_3 świadczy tylko o rozkładzie mocznika i nie dowodzi bynajmniéj głębokich zmian w błonie śluzowéj, do przypuszczania zmian upoważniony jest lekarz dopiero po bliższém zbadaniu osadu w moczu. Na str. 71 autor opisując sposób wprowadzania kateteru mówi: „Chirurg powinien wprowadzać kateter ruchem dobrze nadzorowanym ręką prawą, która jest wyćwiczona i ztąd płynie pierwsza wspólna reguła, ażeby stanąć do kateteryzowania po stronie prawéj chorego“ a na str. 75 opisując metodę klasyczną kateteryzowania powtarza to samo zdanie. O ile mi wiadomo, to przeważna część lekarzy wprowadzając kateter sposobem klasycznym, staje po stronie lewéj chorego, jeżeli kateter prawą ręką chce wprowadzić. I to jest bardzo naturalne, raz dla tego, że jest o wiele łatwiéj i wygodniéj stojąc po lewéj stronie chorego wprowadzić kateter, a powtóre, że mistrze przeważnéj części lekarzy praktycznych, to jest wszyscy niemal najznakomitsi chirurdzy niemieccy a z pomiędzy chirurgów francuskich najpoważniejszy to jest Nélaton, w prost wymagają od chirurga, żeby stawał po stronie lewéj chorego, jeżeli ma kateteryzować sposobem klasycznym. Stawania więc chirurga po stronie prawéj chorego, jak to autor podaje, żadną miarą uważać nie można za regułę ale raczéj za wyjątek, mimo że pewna część chirurgów francuskich podaje sposób kateteryzowania podobnie jak autor. Na str. 55 autor wspominając o stwardnieniu jądra podaje za przyczynę tego stwardnienia trypra i sprawę gruźliczą a nie wspomina ani słowem o innych sprawach chorobowych, mianowicie o kile, która przecież równie często jak gruźlica stwardnienie jądra sprowadza. Mocno żałować wypada, że autor tak krótko zbył dział o leczeniu kamieni pęcherzowych, z którym przecież tak dokładnie jest obeznany. Właśnie ta część chirurgii ogromne zrobiła postępy w ostatnich kilku latach a dla każdego lekarza jest rzeczą bardzo pożądaną, nie tylko wiedzieć, że istnieją nowe metody usuwania kamieni pęcherzowych, ale poznać dokładnie wszystkie sposoby operowania.

Wzmiankę o raku macicy na str. 29, mogącym sprowadzić anuryję, w dziełku traktującém o chorobach dróg moczowych u mężczyzn jak i wzmiankę o pochwie na str. 130 uważać należy za *lapsus calami*.

Pozwoliłem sobie uwagi te uczynić raz z obowiązku sprawozdawcy a powtóre dla tego, że autor może zechce z nich korzystać przy układaniu drugiego wydania, którego zdaniem mojém w krótkim czasie spodziewać się należy. Książka zaradzająca tak wielkiéj potrzebie w literaturze naszéj, tak niezbędna dla każdego medyka i dla każdego lekarza praktycznego, musi w krótkim czasie być wykupioną, a to tém więcéj, że cena jest bardzo przystępna a nakład, o ile słyszałem, nie zbyt wielki.

Co do strony typograficznéj, nadmienić należy, że Wydawnictwo dołożyło wszelkich starań, żeby odpowiedzieć wymaganiom starannego druku i dobrego papieru. Byłoby jednak do życzenia, żeby przy następném wydaniu uwzględniono potrzebę rycin, których w niejedném miejscu widziałem konieczność dla wyjaśnienia i skrócenia zbyt zawiłych opisów. Przypuszczamy, że jedynie tylko wzgląd na znaczne podniesienie ceny podręcznika, przeznaczonego dla uczniów i mającego służyć za uzupełnienie wykładów, wstrzymał Wydawnictwo od tego. *Prof. Dr. Rosner.*

William Barlow (Manchester): **Przyroda krztuśca i nowy sposób leczenia tegoż podany przez prof. Moncorvę z Rio de Janeiro; wyniki tego leczenia.**

Podał Dr. R. Bar ącz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

Wnioski te Tschamera chciał zbić prof. Rossbach z Würzburga, który nigdy nie zauważył śladu zadrażnienia górnych dróg oddechowych a obecność w plwocinach zarodników i *mycelium* zauważył w zwykłych nieżytach dróg oddechowych. Inni jednak badacze tego nie potwierdzili. Meyer Hüm, Oltramare z Genewy, prof. Steiner z Pragi a w ostatnich czasach Dr. Burger z Bonn poświadczyli wszyscy doświadczenia Letzericha i Tschamera. Dr. Burger zauważył nadto w niektórych najdłuższych z tych pasorzytów za pomocą przyrządu Abbego zwężenie w środku, a więc postać klepsydry. Ostatnich badań w tym kierunku dokonał prof. Moncorvo w poliklinice w Rio de Janeiro wraz z prof. Silva Aranjo. Badacze ci przyszli do podobnych wniosków. Ciałka żółte wykrztuszane w większéj ilości w czasie rozkwitu choroby składały się przeważnie z komórek przybłonkowych wielobocznych, nieregularnych o wyraźnych jądrach, z ciałek ropnych, prócz tego jeszcze drobniejszych ciałek *(Globulins)* i znacznéj ilości zarodników ułożonych w łańcuchy albo grupy z 2, 3, 4 lub więcéj, widocznych po zabarwieniu pikrokarminem albo fijoletem metylowym; w okresie późniejszym choroby liczba tych ostatnich była większą niż w wcześniejszym; autorowie ci jednak nie potwierdzili spostrzeżeń Tschamera co do obecności *mycelium* znajdowanego w korze gnijących łupin pomarańcz. Ruchy tych pasorzytów były bardzo żywe z wyjątkiem preparatów pochodzących od dzieci leczonych miejscowo resorcynem.

Myśl o przyrodzie pasorzytniczéj krztuśca była już od dłuższego czasu podnoszoną; autor już w r. 1867 był tego przekonania i z wprowadzeniem metody antyseptycznéj Listera zaczął używać 2—3% kwasu karbolowego w postaci mgły. Przekonał się jednak, że przy ambulatoryjném leczeniu plan ten nie daje się przeprowadzić i kwas karbolowy w postaci pary użyty sprowadzał często znaczne zadrażnienie dróg oddechowych a w przypadkach powikłanych z *bronchitis* musiał natychmiast przerwać dalsze leczenie. Znanemi są także i przez nielekarzy nawet używane wdychiwania gazu świetlnego przez wprowadzanie dzieci do fabryk gazowych. Parrot polecił używać fenilanu sodowego. Tordeus w Belgii używał z powodzeniem będźwinianu sodowego; Keuster tymolu; Amerykanie z większą lub mniejszą korzyścią soli chinowych. Huebner polecił salicylan sodowy, Hildebrandt inhalacyje pary oleju kopalnego. Wszystkie te zabiegi lecznicze świadczą, że różni autorowie zgadzali się ze sobą co do natury pasorzytniczéj krztuśca i wszyscy prawie przyszli do przekonania, że wszystkie te leki użyte w dostateczném zgęszczeniu, ażeby działać zabijająco na bakteryje, są niebezpiecznemi wywołując za silne drażnienie. Wszystko to pobudziło prof. Moncorvę do szukania innego środka mniéj drażniącego, który ostatecznie znalazł w istocie spowinowaconéj z kwasem karbolowym, w resorcynie. Andeer, Callias i Dujardin-Beaumetz wykazali rzeczywisty wpływ resorcyny na zaczyny organiczne nawet w małych ilościach. Korzyści, jakie ona po użyciu miejscowém nadto przynosi, są: łatwiejsza rozpuszczalność, mniejsza siła żrąca, ledwie dostrzegalna woń i mniejsze własności trujące,

przytém smak słodkawy. Te własności skłoniły prof. Moncorvę do podawania jéj wewnętrznie w przypadkach biegunki, czerwonki i w innych chorobach u dzieci, nawet u osesków jeszcze przed użyciem jéj w krztuścu. M. kładzie wielki nacisk na czystość preparatu i używa 1% rozczynu resorcyny, stosując ją pędzelkiem z wełny wielbłądziéj na część błony śluzowéj gardziela leżącą nad głośnią; pierwsze pędzelkowania sprowadzają silny odczyn i chorzy kaszlą gwałtowniéj i częściéj; ale w przeciągu 2—3 dni napady są rzadszemi i mniéj gwałtownemi. M. stosuje te pędzelkowania w 2-godzinnych odstępach we dnie i w nocy, z wyjątkiem gdy dziecko spi. Dr. Moncorvo przytacza na razie 30 przypadków z podaniem dokładnych historyj chorób w 18 przypadkach; w późniejszém sprawozdaniu w *Archivio di Patologia Infantile*, Neapol, maj, lipiec i wrzesień 1885, przytacza doświadczenia z 40 następnych przypadków; w wielu z nich zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc dlawcowe dołączyły się do pierwotnéj choroby, nadto wiele z tych dzieci było dotkniętych charłactwem zołzowém lub kilowém; w żadnym z przypadków przytoczone komplikacyje nie utrudniały tego sposobu leczenia a w ostatniém sprawozdaniu z Brazylii przytacza M. nadto próby ze stosowania *Cocainum hydrochlor.* bezpośrednio przed użyciem resorcyny. Doświadczenia te M. zachęciły autora do przedsięwzięcia nowych u swoich chorych. U 50 chorych (z tych 19 chłopców, a 31 dziewcząt) czas trwania leczenia był od 2—9 tygodni. Czas średni leczenia był 5½ tygodni; czas średni trwania choroby wynosi 8½ tygodni. Dr. Charles West podaje jako średni czas trwania choroby 10 tygodni. Wyleczenie zupełne stwierdził autor w 46 przypadkach; 4 usunęło mu się przed zakończeniem leczenia z pod obserwacyi; z tych 8 było dotkniętych ostrym nieżytem oskrzeli i zapaleniem płuc dławcowém, troje dzieci było nadzwyczaj wątłych, a jedno było po operacyi przekłucia klatki piersiowéj z powodu otoku opłucny. Autor widzi w tym sposobie leczenia wyższość nad innemi a korzystne wyniki osiągnięte nim usprawiedliwiają zupełnie polecenia przez Dra M.; również przy pomocy J. Broadbenta może potwierdzić Barlow wyniki doświadczeń mikroskopowych prof. Moncorvy nad plwocinami tych chorych, z których się okazało, że plwociny z wczesnych okresów choroby nie przedstawiają nieprawidłowości pod drobnowidem, z późniejszych okresów zaś pochodzące przy powiększeniu 800 i zabarwieniu fioletem metylowym okazują liczne jądra ciałek krwi, nitki włóknika i nieco łusek przybłonka; w niektórych znajdują się liczne małe mikrokoki, ułożone w formie łańcuchów albo w grupach (zooglea); w mniejszéj ilości podobne mikroby napotkać można i w innych częściach; łuski jednak przybłonka są główną ich siedzibą.

Na podstawie tego doświadczenia dochodzi autor do następujących wniosków: 1) krztusiec należy do chorób wywołanych przez drażnienie pasorzytów; 2) polega na obecności mikrokoków w znaczniejszéj ilości na błonie śluzowéj krtani i gardziela, które infiltrują komórki przybłonkowe ulubione przez nich siedziby dla rozrostu i rozwoju; 3) że resorcyna w rozczynie 1—2% na wspomnianą błonę śluzową stosowana zmniejsza widocznie siłę i częstość napadów i leczy tę chorobę.

Wreszcie zwraca autor uwagę, że możnaby zastósować do tych miejsc resorcynę za pomocą przyrządów rozpylających do wnętrza krtani i części sąsiednich a ostatecznie wspomina o nowym leku powinowatym, t.j. orcynie opisanym przez Andeera w *Gazetta Medica Italiana-Lombardia* 4 lipca 1885, która ma mieć tę wyższość nad resorcyną, że podczas gdy ostatnia w silnych dawkach działa żrąco, orcyna działać ma tylko ściągająco i antyseptycznie. *(The Lancet*, 1886, May 8, 15, 22).

Rothe: O środku krew tamującym.

Praca Meuniera, w któréj dla zatamowania krwotoków poleca podawanie wewnętrzne naparu z pokrzyw pobudziła autora do doświadczeń nad działaniem soku z rośliny téj po zastosowaniu zewnętrznem. Rośliny na wiosnę zebrane pocięto, włożono do 60%go wyskoku na dni 8, a wreszcie jeszcze wyciśnięto. Rozczyn wyskokowy w ten sposób sporządzony, należycie przesączony, barwy ciemno zielonkowato-brunatnéj posiada własność rychłego tamowania krwotoku, skoro tylko większe naczynia nie są otwarte: macza się w tym płynie watę, którą potém przykłada się do miejsca krwawiącego. Stosować go zatém można w krwotokach miąższowych jak niemniéj pochodzących z mniejszych naczyń. Krew zetknąwszy się z tym płynem przemienia się w miękką, jednolitą, niekruchą masę skrzepłą, któréj wypustki wchodzą w światła naczyń i naczyniek włosowatych i zatykając otwory w tychże powstrzymują krwotok. Autor stosuje z dobrym skutkiem swój „płyn krew tamujący (*liquor haemostaticus*)“ już od kilku lat przeciw krwotokom z nosa, z dziąseł po wyjęciu zęba, daléj przeciw krwotokom występującym po mniejszych amputacyjach itp. Wyciąg ten posiada i własności antyseptyczne, które zawdzięcza wyskokowi. I krwotoki maciczne niepołogowe można nim czasem w ten sposób zatamować, iż po przepłukaniu zimną lub gorącą wodą karbolową wstrzyknie się 5—10gr. wyciągu. (*Memorabilien* 1885, XXX, 4, str. 207). *Dr. Gross.*

Downie: O głuchocie występującéj w przebiegu choroby Brighta.

Dotąd nie zwrócono jeszcze bacznéj uwagi na zaburzenia w narządzie słuchowym, które występują w przebiegu chorób nerek; dopiero D. opisuje *(Glasg. med. Journal. Med. Central-Ztg.)* przypadek, zdolny zająć nietylko specyjalistów lecz także zwykłych praktyków. Mężczyzna 24-letni, dotknięty od dwóch lat chorobą Brighta, przedstawiający w chwili badania obrzęk na odnogach dolnych, doznał nagle w nocy tak znacznego bólu w uchu prawém, że wcale usnąć nie mógł. Przytępienia słuchu chory wtedy nie zauważył. Mimo, że wkroplił sobie ciepły wyskok z makowcem do przewodu zewnętrznego, nie doznał ulgi. Rano dnia następnego utracił słuch zupełnie wraz z bólami. Badanie z użyciem zegarka wypadało ujemnie, błona bębenkowa nie przedstawiała nic nieprawidłowego, kateteryzm nie sprawił żadnego polepszenia. Po upływie dni 14 pojawiły się znowu mierne bóle w uchu prawém, nieco późniéj i w lewém a dnia następnego chory ogłuchł obustronnie. Chory nie słyszał ani chodu zegarka ani dźwięku widełek stroikowych, jedynie głośny krzyk mógł zaledwie nieco zrozumieć. Badanie przedmiotowe nie wykazywało ani po prawéj ani po lewéj stronie żadnéj zmiany anatomicznéj. Głuchota trwała dni kilkanaście, po upływie których chory zaczął lepiéj słyszeć a w przeciągu dwóch dni bystrość słuchu była prawidłową.

Dieulafoy zestawił 37 przypadków zapalenia nerek ostrego i przewlekłego *(Gaz. de Médec. et de Chirurg.*, 1878) i podaje, że w 15tu przypadkach spostrzegał zboczenie w narządzie słuchowym w przebiegu choroby nerek; opisuje jednak tylko dwa przypadki dokładniéj. Z tych występowało w pierwszym dzwonienie lub znaczne przytępienie słuchu naprzemian to w prawém to w lewém uchu i to przez prze-

ciąg kilkunastu miesięcy. Badanie wykazywało przekrwienie w okolicy rękojeści młotka a po drugiéj stronie zgrubienie bł. bębenkowéj i jéj wciągnięcie. W drugim przypadku spostrzeżono, obok prawie zupełnéj głuchoty po stronie lewej przebicie błony bębenkowéj. Dieulafoy wysnuwa na podstawie spostrzeżeń wniosek, że przypady ze strony narządu słuchowego występują tak w przebiegu ostrych, jakotéż przewlekłych zapaleń nerek i to w każdym okresie tych chorób i przypuszcza, że przypady spostrzegane polegają na zmianach w narządzie słuchowym, analogicznych do zmian spostrzeganych w narządzie wzrokowym.

Przypadek opisany przez Downa nie jest podobnym do opisanych przez Dieulefoya, gdyż tam brakowało zupełnie zmian wyśledzić się dających, któreby mogły usprawiedliwić przytępienie słuchu i bóle. Przyczyna głuchoty musiała polegać na zmianie w błędniku i to zapewne w ślimaku, gdyż nie było zawrotu głowy, a zmianą tą mógł być obrzęk albo wybroczyna. Ból poprzedzający ogłuchnienie należałoby zapewne położyć na karb napięcia drobnych tętniczek, nagłe ustanie takowego i równoczesne upośledzenie słuchu na karb powstania wybroczyny. Objawów niedokrewności, która może również sprowadzić ogłuchnienie, nie było w tym przypadku, jak również nie było podstawy do twierdzenia, że przyczyną ogłuchnienia była kiła.

Tak samo tedy jak pojawienie się charakterystycznych plam na dnie oka i wybroczyn skłania do zbadania moczu, tak też nagła głuchota winna pobudzać do podjęcia tego badania. *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 22 stycznia 1886 r.

Przewodniczący Dr. Świderski.

Kol. Wicherkiewicz przedstawia dziewczynę, u któréj badając wziernikiem stan refrakcyi znalazł rzadkie zboczenie anatomiczne dolnéj żyły tarczowéj (*vena papillaris inferior*), która występuje u prawego oka na samém dnie znacznego zagłębienia tarczy, wstępuje w ciało szklane, utworzywszy zaś w niém znaczną pętlę, wraca ku tyłowi, aby następnie prawidłowy przybrać kierunek.

Kol. Kaczorowski proponuje wznowienie zwyczaju umieszczania na porządku dziennym tematów do ogólnych rozpraw. W tymto celu podejmuje się dla przyszłego posiedzenia referatu „o środkach przeczyszczających jelito,“ poczém opowiada rzadki przypadek prawdopodobnego zaczadzenia.

Przed niedawnym czasem powołano kol. Kaczorowskiego na dworzec do chorego, który tutaj popadł w kurcze drgawkowe wszystkich członków, co kwadrans powtarzające się. Tętno wynosiło 120 i było drobne, przytém ogólna nieczułość, bezprzytomność, brzuch wzdęty gazami. Bliższe wywiady wykazały, że chory komisarz obwodowy z R. przybywszy do Poznania z żoną udał się do restauracyi D., zjadł tamże porcyję flaków i napił się piwa, którém się i żona raczyła. Uczuwszy niebawem pewną ckliwość powrócił z żoną na dworzec, a tu w napadzie kurczów upadł wznak. Przy niewątpliwém podrażnieniu ośrodków nerwowych chodziło o rozpoznanie przyczyny, czy nią była niestrawność, czy też zaczadzenie. Gdy i żona, która do żadnéj niestrawności nie dała powodu, dostała także wymiotów, skłaniał się kol. K. do przypuszczenia, iż zaczadzenie wywołało groźne objawy u chorego męża. Kazał w biurze kolejowém, gdzie się chory znajdował, pootwierać okna i podawał choremu węglan sodowy kwaśny, następnie wywołał przez podrażnienie wymioty, po których w 2 godziny po pierwszym napadzie przytomność wróciła. Chorego odwieziono do hotelu, gdzie mimo chłodnego w pokoju powietrza nastąpiły niebawem obfite poty, potém tętno stało się prawidłowém i nazajutrz nastało zupełne wyzdrowienie. Silne krwią podbiegnięcie białkówki i wystąpienie na czole licznych lecz drobnych plamek krwistych utwierdziło kol. K. w przypuszczeniu otrucia tlenkiem węglowym.

Kol. Zielewicz zapytuje, czy flaki nie były powodem napadu, przeciwko czemu, zdaniem kol. K., przemawia ta okoliczność, iż żona chorego flaków nie spożyła, lecz porówno z mężem siedziała w restauracyi niedaleko żelaznego, węglem kamiennym ogrzanego pieca. Kol. Wicherkiewicz przypuszcza, że wynaczynienie mogło być następstwem albo upadnięcia lub téż zastoju żylnego wywołanego przejściowém utrudnieniem w małym obiegu krwi, jak to się przy wymiotach i napadach epileptycznych zdarza.

Daléj wspomina w kilku słowach kol. Kaczorowski o pewnym przypadku zaczadzenia, gdzie chora w następstwie tegoż widziała plamy w polu, a późniéj miała dłuższy czas trudność w czytaniu i zapytuje kol. Wicherkiewicza, jaki tego mógł być powód? Przerwy w polu widzenia tłumaczy kol. Wicherkiewicz podrażnieniem ośrodków nerwowych a mianowicie sfery wzrokowéj wywołaném zatruciem krwi. Nastąpna zaś dłużéj trwająca trudność czytania była skutkiem niedowładu mięśni wzrokowych.

Wybór zarządu załatwiono w ten sposób, iż prezesem obrano nadal Dra Mateckiego. Dr. Wicherkiewicz zaś skłaniając się się do życzeń kolegów, przyrzekł czas jakiś jeszcze w zastępstwie pełnić czynnności sekretarza.

Następnie sekretarz przedstawiwszy stan kasy uzyskał absolutoryjum a przewodniczący wspomniawszy kilku słowy o zejściu z tego świata kol. Dr. Studniarskiego, wezwał obecnych do oddania temuż przez powstanie czci, co też nastąpiło.

Dr. B. Wicherkiewicz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 19 maja 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 19.

1) Kol. Cybulski wygłosił rzecz „o wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt“.

W dyskusyi wziął udział kol. W. Gluziński.

2) Przewodniczący zawiadomił Tow. lek. o zgonie ś. p. Dra Mateckiego w Poznaniu a podnosząc jego znakomite zasługi obywatelskie, wezwał zebranych do oddania zmarłemu czci przez powstanie.

3) W miejsce ustępującego z Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. kol. Korczyńskiego wybrany został kol. Obaliński. *Dr. Dobruchowski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

I. Posiedzenie z dnia 18 maja 1886 r.

Obecni: koll. Cybulski, Gluziński, Jaworski, Korczyński, Mikulicz i Obaliński.

1. Komisyja ukonstytuowała się obierając przewodniczącym prof. Korczyńskiego, zastępcą tegoż prof. Obalińskiego, a sekretarzem doc. Gluzińskiego.

2. Sprawozdania z posiedzeń uchwalono ogłaszać w Przeglądzie Lek.

3. Przewodniczący donosi, że wniósł do Komitetu Wystawy przemysłowéj, która ma się odbyć w Krakowie w jesieni 1887 r., przedstawienie, ażeby dla wyrobów chemicznych, aptekarskich, balneologicznych, narzędzi dyjagnostycznych i leczniczych, przyrządów opatrunkowych (z pominięciem wyrobów dyjetetycznych i do pielęgnowania chorych służących, jeżeliby to nie dało się pogodzić z uchwalonym już rozkładem grup wystawowych) utworzono osobną grupę, a to dla lepszego uwidocznienia obecnego stanowiska przemysłu krajowego w tym kierunku. Doniesienie to przyjęto do wiadomości i uchwalono popierać tę sprawę, a w razie gdyby Komitet wystawowy tego zażądał, uchwalono wydelegować z grona Komisyi przewodniczącego i jego zastępcę do składu Komisyi Wystawy krajowéj. W téj saméj sprawie uchwalono znieść się z Wydziałem gospodarczym V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, który ma się odbyć w r. 1887, aby wystawa Zjazdu z wystawą przemysłową krajową nie kolidowały, a przedmioty wyżéj wymienione na jednéj i drugiéj mogły być wystawione.

4. Pragnąc, aby narzędzia chirurgiczne i przyrządy opatrunkowe były wyrabiane w kraju, wydelegowano podkomisyję składającą się z proff. Cybulskiego, Mikulicza i Obalińskiego,

którahy tę sprawę rozpatrzyła i przedstawiła swe wnioski na przyszłém posiedzeniu.

5. Uchwalono prosić prof. Łazarskiego, aby wygotował spis przetworów lekarskich, któreby obecnie w kraju można wyrabiać, a na wniosek kol. Jaworskiego porozumieć się z inspektorem przemysłowym p. Nawratilem, jaki jest przemysł krajowy w tym kierunku.

6. Rozpatrzyć się, ażali nie dałby się założyć w Krakowie ogród aklimatyzacyjny dla roślin lekarskich i polecono przewodniczącemu, jako wnioskodawcy, aby w tym kierunku porozumiał się z dyrektorem muzeum przemysłowego Drem Baranieckim, prof. Rostafińskim, prof. Łazarskim i seniorem gremium aptekarskiego p. Gralewskim.

7. Zastanawiano się, na wniosek przewodniczącego, nad możnością zaspakajania potrzeb krowianką krajową i uchwalono prosić kol. Murdzieńskiego, aby sprawę tę zbadał i wnioski odpowiednie Komisyi przedstawił.

8. Ażeby mieć wiadomość, czy wody mineralne sztuczne wyrobu pp. Rzący i Chmurskiego bywają należycie sporządzane, wydelegowano doc. Jaworskiego, aby sprawę tę na miejscu zbadał, niespodzianie bez poprzedniego zawiadamiania fabrykantów.

9. Ponieważ p. Mutniański w Warszawie wyrabia kołaczyki nitroglicerynowe, a p. Trąbczyński w Winiarach pod Kaliszem wyciąg słodowy, któreto obydwa przetwory zanadto mało są u nas rozpowszechnione, przeto uchwalono na wniosek przewodniczącego zawezwać tych panów do nadesłania prób, i przesłać takowe do obydwóch oddziałów chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza i do szpitala dzieci z prośbą, o podjęcie doświadczeń i wydanie sądu o jakości tych przetworów.

10. Zawezwać jednego ze zdolniejszych blacharzy, aby nadesłał spis i cennik swoich wyrobów w zakres lekarski wchodzących.

11. Zawiadomić p. Delavala fabrykanta łóżek żelaznych i materaców drucianych w Grybowie, który zgłosił się do przewodniczącego z cennikami swych wyrobów, ażeby nadesłał okazy takowych na skład do Bazaru wyrobów krajowych, poczém dopiero Komisyja będzie mogła ocenić, o ile zasługują na poparcie.

12. Zresztą zastanawiano się nad kilkoma bieżącemi sprawami, które poruczono poszczególnym członkom Komisyi do rozpatrzenia.

13. Uchwalono odbywać posiedzenie Komisyi co najmniéj dwa razy na miesiąc. *Doc. Dr. Gluziński*,
sekretarz komisyi.

VI. Zapiski kazuistyczne z zakładu sądowolekarskiego prof. E. Hofmanna w Wiedniu.

Podał Dr. Schaitter.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

III. Dzień po dniu mieliśmy na stole sekcyjnym dwa przypadki nagłéj śmierci w skutek krwotoku wewnętrznego po pęknięciu wątroby a w jednym i śledziony. Jestto dosyć częsta przyczyna śmierci gwałtownéj w tém mieście ruchliwém z licznemi fabrykami. Nie wspominałbym téż o tych sekcyjach zwłaszcza, że i u nas pęknięcie wątroby nie należy do rzadkości po nader gwałtownych urazach, przejechaniu, tłoczeniu kolanami lub spadnięciu z wysokości. Przypadki jednak, które miałem sposobność widzieć w kraju, odznaczały się tém, że na zwłokach już przy oględzinach zewnętrznych można było zauważyć pewne ślady obrażenia jeżeli nie na klatce piersiowéj to przynajmniéj na innych częściach ciała. Te dwa trupy nie przedstawiały nigdzie najmniejszego nawet otarcia; skóra na klatce piersiowéj nie przedstawiała nigdzie sińców pomimo złamań licznych żeber. Jeden z tych ludzi woźnica został wozem swym naładowanym przygniecionym do ściany, drugi robotnik fabryczny dostał się pod ciężki walec żelazny i został w ten sposób zgnieciony. Śmierć nastała w jednym i drugim razie nader szybko, jak w ogóle po takich obrażeniach, a téj okoliczności przypisać należy bezwątpienia, że złamania żeber (u jednego 4 u drugiego 3 z tych jedno podwójnie) były niektóre bardzo mało podbiegnięte pod opłucną, żebro zaś podwójnie złamane w jednem miejscu nie okazywało wcale podbiegnięcia i robiło wrażenie złamania pośmierci powstałego, co jednak w obec odpowiedniego obchodzenia się ze zwłokami z pewnością wykluczyć można.

IV. Zwłoki dziewczyny 18 lat liczącéj zmarłéj z zapalenia płuc na jednym z oddziałów tutejszego szpitala a poddane sekcyi w zakładzie prof. Kundrata zasługiwały z tego względu na szczególniejszą uwagę, że obydwa gruczoły sutkowe bardzo dobrze rozwinięte na szerokich podstawach wydawały za uciskiem płyn mleczny pod mikroskopem całkiem do mleka podobny, pomimo że części płciowe téj osoby były dziewiczemi, w szczególności błona dziewicza pierścieniowata z otworem bardzo małym, pochwa pofałdowana a jama macicy o ujściu dziewiczém próżna.

Przypadek ten dowodzi dosadnie, jak zwodniczém może być czasem poleganie na stwierdzeniu sekrecyi gruczołów piersiowych u kobiet i jak w takich przypadkach pilnie i dokładnie badać albo z orzeczeniem wstrzymać się należy, aby w gruby błąd nie popaść.

V. U kobiety 60 kilka lat liczącéj, którą nieżywą zastano w mieszkaniu, wykazała sekcyja krwotok mózgowy w lewéj półkuli mózgu. Ognisko krwotokowe rozmiarów gęsiego jaja zajmowało również komórkę boczną po téjże stronie a już po zdjęciu opony twardéj uderzało niezwykle przypłaszczenie zwojów mózgowych. Poszukiwanie tętniaków drobnych wzdłuż grubszych pni naczyniowych mózgu, którąto zmianę widzi się tutaj dosyć często w przypadkach krwotoków mózgowych, nie odniosło rezultatu. Przy dalszéj jednak sekcyi mózgu spostrzeżono na przekroju mostu Varola bardzo liczne szerokie prążkowate wybroczyny. Nie można było wykazać związku anatomicznego pomiędzy temi prążkowatemi wybroczynami a głównem ogniskiem krwotokowém, a zdaniem profesora Hofmanna, który już niejednokrotnie widział takie prążkowate wybroczyny obok krwotoku mózgowego lub oponowego, powstają one równocześnie z tymże, najprawdopodobniéj w skutek skurczu naczyniowego grubszych pni tętniczych, przyczém przychodzi z jednéj strony do powstania ogniska większego, z drugiéj strony do powstania tych prążkowatych wybroczyn, widywanych najczęściéj w wymienionéj poprzednio części mózgu.

VI. Osoba wiekowa, przyaresztowana za włóczęgostwo, zmarła nagle w areszcie policyjnym. Jako przyczynę śmierci wykazała sekcyja niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty, która w całym swoim przebiegu okazywała znaczną miażdżycę. Oprócz tego jednak wykazała sekcyja mózgu nader rozległe przewłoczne krwotokowe zapalenie opony twardéj (*pachymeningitis haemorrh. interna.*).

Po wycięciu mózgu okazało się, że cząstki korowe płatu skroniowego po stronie prawéj były w dwu ograniczonych miejscach wielkości grochu zrośnięte z oponą twardą podstawy i po wyjęciu mózgu pozostały silnie przyczepione do téjże podstawy. Zmiana ta uważaną jest za wygojone stłuczenie (*contusio*) mózgu a zdaniem prof. H. najczęściéj w tych przypadkach widzi się następowe przewłoczne zapalenie opony twardéj, tak jak to ma miejsce w przypadku w mowie będącym.

Zmiany na oponie twardéj były tak rozległe, że trudno przypuścić, ażeby w przypadku tym nie cierpiały równocześnie władze umysłowe. Sposób życia i przyczyna aresztо-

wania tej osoby przemawiają bardzo za tém, że czyny karygodne, których się dopuściła, były z wielkiém podobieństwem do prawdy następstwem zboczenia umysłowego. Naturalnie, że w tym przypadku zdanie to bez dalszych badań można wypowiedzieć jedynie w postaci przypuszczenia — z chwilą jednak działania nowéj ustawy przeciw włóczęgom będą bez wątpienia lekarze policyjni i więzienni w położeniu, iż u uwięzionych za włóczęgostwo rozpoznają nieraz zboczenie umysłowe jako przyczynę karygodnego zachowania się. Liczne bowiem spostrzeżenia stwierdziły, że włóczenie się bez celu spostrzega się u chorych na umyśle jako objaw chorobowy częstokroć już wtedy, gdy jeszcze władze umysłowe nie szwankują do tego stopnia, iżby przypadek był jasnym i dla nie lekarzy. Dzięki nowéj ustawie wpłyną zapewne lekarze policyjni na to, że nieszczęśliwi ci chorzy dostaną się do zakładów odpowiednich a nie będą pociągani do odpowiedzialności i karani.

VII. Każdy lekarz sądowy, chociażby nawet mniéj doświadczony, miał niezawodnie w praktyce swojéj przypadki, w których donoszono do sądu o śmierci gwałtownéj, najczęściéj przypuszczano otrucie, sekcyja sądowa wykazywała zaś zapalenie płuc dławcowe. Zdarzenia tego rodzaju nie należą w naszym kraju do wyjątkowych, a jak słusznie prof. Blumenstok w wykładach swoich uwagę czyni, w umysłach wieśniaków naszych nie mogą pogodzić się okoliczności, że ludzie zmarli, zdaniem ich, śmiercią nagłą, byli przed 2 lub 3 dniami zupełnie zdolni do swoich zwykłych zajęć. Przeciętny nasz wieśniak nie ma bardzo rozwiniętego zmysłu samoobserwowania i lekceważy przypady chorobowe do tego stopnia, iż z zapaleniem płuca zajmującém często jeden lub dwa płaty idzie piechotą do miasta po poradę lekarską. W skutek tego też w obec niepomyślnego przebiegu choroby zaraz na myśl przychodzi otrucie i ztąd liczne nieusprawiedliwione doniesienia. Sam miałem sposobność obserwować przypadek tego rodzaju przed dwoma laty. W Żelkowie pod Krakowem zachorował nagle popołudniu 10 letni syn gospodarza, zanim jednak zdołano szukać pomocy lekarskiéj, zmarło dziecko zrana dnia następnego wśród utraty przytomności. Koledzy zmarłego donieśli rodzicom tegóż, że w przeddzień śmierci być denat uderzony przez nauczyciela w szkółce wiejskiéj. Naturalnie, że z zajścia zrobiono użytek i doniesiono do prokuratoryi. Sekcyja wykonana na czwarty dzień po śmierci wykazała zapalenie dławcowe płuca prawego jako przyczynę śmierci, wywiady zaś sprawdziły, że chłopiec już odchodząc do szkoły czuł się niezdrów, kaszlu doznawał już od dłuższego czasu.

O wiele rzadziéj zdarzają się przypadki, w których nawet dla klasy inteligentnéj przypuszczenie otrucia zdaje się wielce usprawiedliwioném, zwłaszcza że zmarły wcale się nie żali, pełni swoje zwykłe zajęcia a wśród tego umiera. Co roku zdarza się w Wiedniu kilka takich przypadków mniéj lub więcéj do siebie podobnych tak, że, zdaniem prof. Hofmanna, możnaby mówić o *„pneumonia ambulatoria“*. W obecnym sezonie miałem sposobność widzieć na stole sekcyjnym zwłoki kelnera lat 17 liczącego, dobrze zbudowanego i odżywionego, który przyszedłszy późno wieczorem do mieszkania rodziców swoich na nocleg, nie żaląc się przed nikim na jakiekolwiek przypady, zapewne z powodu spóźnionéj pory, położył się spać. Zrana zastano go nieżywego w łóżku. Wywiady pomiędzy jego kolegami w lokalu, gdzie pełnił służbę, nie wykazały nic, coby mogło wytłumaczyć nagłą śmierć. W skutek tego też zarządzono sekcyję policyjno-sanitarną a rezultat takowéj musiał zadziwić każdego znającego historyję przypadku. W środku płatu średniego płuca prawego wykazano ognisko bezpowietrzne wielkości cytryny w okresie zwątrobienia czerwonego *(pneumonia centralis)*. W otoczeniu ogniska miąższ płuca przekrwiony ale powietrzny, płuco lewe surowiczo obrzękłe. Mięsień sercowy w wysokim stopniu ziarnisto zwyrodniały, śledziona nieco powiększona, torebka jéj napięta, wątroba przedstawiała obraz zwyrodnienia miąższowego, jakkolwiek nie w wysokim stopniu. Reszta narządów nie przedstawiała nic uderzającego. Zaiste obraz choroby ostréj zakaźnéj tak, że trudno pojąć, jak mogła przebiegać bez przypadów takich, iżby zmusiły zmarłego do porzucenia zajęć zawodowych. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

— Towarzystwo kolonij wakacyjnych dla dzieci w Krakowie ogłosiło właśnie zdanie sprawy z czynności w r. 1885 jako pierwszym roku istnienia: wyjmujemy z niego następujące szczegóły. W kolonijach urządzonych dla dziewcząt w Siedlcu a dla chłopców w Rudawie, wsiach położonych w nader uroczéj okolicy na granicy powiatów krakowskiego i chrzanowskiego, znajdowało się w dwóch okresach czterotygodniowych po 10 chłopców i tyleż dziewcząt, tak iż ogółem korzystało 40 dzieci wyłącznie krakowskich z pobytu na świeżém powietrzu. 79·5% dzieci przyjętych do kolonij cierpiało na zołzy. Po raz pierwszy w ogólności w kolonijach, o których mowa, przeprowadzono, wprawdzie tylko u dziewcząt, leczenie wodami mineralnemi, mianowicie iwonicką i tak mało u nas jeszcze znaną a skuteczną francensbadzką *Stahlquelle*. Pierwszéj wypito 120, drugiéj 50 butelek ze skutkiem wyśmienitym. Wszystkie dzieci przyjęte do kolonij wakacyjnych badano dokładnie dwa razy: bezpośrednio przed wyjazdem i zaraz po powrocie z kolonij. Dziewczęta odnosiły daleko większą korzyść z pobytu na świeżém powietrzu niż chłopcy; biorąc bowiem za 100 stan zdrowia przed wyjazdem do kolonij przedstawia się przybytek na wysokości, ciężarze i sile (mięśniów przedramienia), u chłopców w téj saméj kolei 4·13, 3·53 i 11%, u dziewcząt zaś 4·98, 5·68 i 22·41%. O ile sądzić można z ogłoszonych zdań sprawy, było tak samo w kolonijach wakacyjnych warszawskich, których normę żywienia ułożoną przez Dra S. Markiewicza przyjęto dla kolonij krakowskich, korzystając nadto z bardzo cennéj pracy lekarza frankfurckiego Varrentrappa, przedstawiającéj międzynarodowemu kongresowi higijenicznemu w Genewie w r. 1882 wypadek wszystkich znanych do tego czasu kolonij wakacyjnych.

* **Cholera** utrzymuje się ciągle we Włoszech. W Wenecyi codziennie zdarza się 25—30 przypadków choroby i 10 do 12 przypadków śmierci. Dotychczas zaraza nie przekroczyła granic Austro-Węgier.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 maja do 5 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28·9. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 23—29 maja umarło z ospy w Wiedniu i Pradze po 6; w Rzymie 10, w Paryżu 7, w Brukseli, Petersburgu i Odesie po 1. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Pradze po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2, w Londynie 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 15, w Królewcu 6, w Paryżu i Petersburgu po 14. Z odry umarło w Berlinie 19, w Rzymie 13, w Paryżu 22, w Londynie 28, w Petersburgu 32. Z płonicy umarło w Petersburgu 25. Z błonicy umarło: w Berlinie 17, w Paryżu 32, w Londynie 23, w Amsterdamie 12. Z krztuśca umarło w Londynie 41, w Paryżu 13. Z cholery umarło w Wenecyi 23.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,2; w Drohobyczu 60,0; w Kołomyi 30,6; w Przemyślu 39,9; w Stanisławowie 38,2; w Tarnopolu 23,9; w Tarnowie 22,5; w Czerniowcach 31,6; w Opawie 59,3; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 38,1; w Wiedniu 31,3; w Pradze 47,5; w Lincu 49,2; w Salcburgu 25,5; w Gracu 28,6; w Tryjeście 27,5; w Insbruku 45,0; w Bernie 46,9; w Berlinie 27,8; we Wro-

cławiu 44,6; w Gdańsku 31,7; w Dreźnie 29,0; w Hamburgu 31,0; w Kolonii 26,1; w Lipsku 22,9; w Mnichowie 35,8; w Strasburgu 28,3; w Amsterdamie 22,9; w Bazylei 19,9; w Brukseli 26,2; w Chrystyjanii 22,0; w Genewie 18,7; w Kopenhadze 32,7; w Londynie 15,5; w Odesie 30,2; w Paryżu 25,2; w Petersburgu 35,7; w Rzymie 26,8; w Stokholmie 19,2; w Wenecyi 37,6; w Zurychu 24,3. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 czerwca. Na dzisiejszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego miał Dr. Odo Bujwid z Warszawy wykład o szczepieniu Pasteura z demonstracyjami. Następnie podał Dr. Braun szczegóły z przebiegu ostatniéj epidemii gorączki powrotnéj. W ożywionéj dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Ponikło, Gluziński, Paszkowski, Bossowski i Warschauer. Wykład Dra Prusa odroczono do przyszłego posiedzenia z powodu spóźnionéj pory.

* Zwracamy uwagę na inserat w Nrze dzisiejszym, tyczący się zakładu w Mariagrün pod Gracem. Głównym kierownikiem tego zakładu, przeznaczonego wyłącznie dla cierpiących choroby nerwowe, z wykluczeniem chorób umysłowych, jest prof. psychijatryi baron Krafft-Ebing, znany powszechnie autor znakomitych dzieł o chorobach umysłowych i nerwowych, a którego ostatnia praca przetłumaczona na język polski p. t. „Nasz wiek nerwowy“ i u nas bardzo jest rozpowszechnioną. W dziełku tém autor wyraża przekonanie, że dla chorych nerwowych potrzebne są lecznice odrębne, a że potrzebie téj nie czynią zadosyć szpitale zwykłe, a tém mniéj zakłady dla obłąkanych, jest rzeczą jasną. Zakłady wodolecznicze nadają się w przypadkach lżejszych, ale nie wystarczają w przypadkach cięższych, w obec których wszystko zależy na ciągłém kierownictwie lekarskiém i na stósowaniu kombinowaném całego przyrządu leczniczego, a nie wystarczają zwłaszcza takie zakłady wodolecznicze, które nie są otwarte przez rok cały. Do takich lecznic kwalifikują się według autora cięższe przypadki neurastenii, hypochondryi, histeryi itd., a więc chorzy, którzy dla braku energii potrzebują ciągłéj opieki lekarskiej. Liczba chorych w takim zakładzie powinna być ograniczona od 40—50, aby lekarz zakładowy mógł podołać zadaniu swemu. Otóż autor ma teraz sposobność stwierdzenia praktycznego swych wskazówek, a zakład znajdujący się w prześlicznéj okolicy Gracu, daje wszelkie rękojmie dla chorych, zwłaszcza gdy głównym kierownikiem jego jest jeden z najpierwszych psychijatrów austryjackich.

* Ministerstwo wojny zamierza znieść instytucyję elewów wojskowo-lekarskich, a medycy na przyszłość dopiero po uzyskaniu dyplomu będą przyjmowani do służby lekarskiéj. Podczas studyjów zaś słuchacze medycyny będą obowiązani służyć tak samo jak inni studenci wojskowo, ale tylko przez ½ roku i to przez półrocze letnie i wakacyje; drugie ½ roku odsłużą po uzyskaniu dyplomu jako lekarze wojskowi

* Ministerstwo wojny zaprowadziło przymusowe szczepienie w całéj armii austryjackiéj.

* Śmierć tragiczna króla bawarskiego Ludwika II, która ostatniemi dniami była przedmiotem współczucia powszechnego, i dla nas lekarzy miała znaczenie, o ile razem z obłąkanym królem zginął i znakomity psychijatra prof. Gudden z Monachijum. Urodzony d. 7 czerwca 1824 r. w Kliwii nad Renem liczył więc lat 62; był on za młodu asystentem Jacobiego w Siegburgu, późniéj profesorem psychijatryi w Zurychu a od r. 1872 w Monachijum i znany jest z licznych a znakomitych prac psychijatrycznych i orzeczeń psychijatryczno sądowych, jak np. w sprawie hr. Choryńskiego. Rzecz dziwna, że doświadczony psychijatra okazał mało przezorności, udając się z królem obłąkanym a bardzo silnym mężczyzną lat 40 liczącym na spacer w pobliżu jeziora, wbrew przestrogom lekarzy i nielekarzy. Katastrofa nastąpiła w niedzielę przed 8 wieczorem, a dopiero koło 11éj wyłowiono oba trupy z jeziora, w którém przez 3 godziny leżały; doniesienia więc, że ciała zdradzały jeszcze objawy życia, wprost do rzędu bajek zaliczyć należy. Szczegóły zajścia, które się odbyło bez świadków, na zawsze pozostaną zagadkowemi; zdaje się, że król nagle skoczył do jeziora, zrzuciwszy ze siebie płaszcz, że Gudden skoczył za nim, dopadł go i że w głębokości 3 stóp odbyła się walka między lekarzem a chorym, w któréj lekarz o wiele starszy dławiony przez króla utonął, poczém król zamiaru samobójczego dokonał. Wiadomo, że Ludwik II już od wielu lat uchodził za niezdrowego na umyśle, był on dziedzicznie obciążony a brat jego, obecny król Otton, o 1½ roku młodszy, już od kilkunastu lat uznany jest za obłąkanego. Dopiero w ostatnich dniach zdobyto się na usunięcie króla Ludwika od tronu, i to na podstawie orzeczenia podpisanego przez proff. Guddena, Grasheya, Hagena i dyrektora Hubricha, opiewającego, że król cierpi pomięszanie pierwotne. Sekcyja, uskuteczniona przez prof. Rüdingera w asystencyi Drów Helma, Grasheya i Kerschensteinera, wykazała znaczne zwyrodnienia na czaszce, w oponach i mózgu, zmiany polegające tak na rozwoju nieprawidłowym, jakoteż na chronicznych sprawach zapalnych dawniejszéj i świeższéj daty.

* W Cieplicach czeskich było do d. 11 bm. gości 1899, w Gainfarn 239, w Giesshüblu 100, w Gleichenbergu 1330.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Lekarz sztabowy Dr. Józef Schröter habilitował się jako docent higijeny. — **Wiedeń.** Wydział lekarski uchwalił urządzić kursy wakacyjne na wzór istniejących za granicą i ustanowił w tym celu komitet, w skład którego wchodzą proff. Albert, Gruber, Kundrat i docent Chiari. — **Budapeszt.** Rektorem na rok przyszły obrany został prof. Koranyi. — **Fryburg.** Prof. Kirn zaproszony na katedrę w Dorpacie odmówił przyjęcia. — **Strasburg.** Dr. Stilling habilitował się jako docent anatomii patologicznéj i patologii ogólnéj. — **Dorpat.** Prof. patologii szczegółowéj Alfred Vogel usunął się z katedry i powrócił do miasta rodzinnego Monachijum. — **Kijów.** Prof. Gustaw Bunge w Bazylei (dawniéj docent w Dorpacie) mianowany został zwyczajnym prof. chemii lekarskiéj, a docent charkowski Dr. Morosow nadzw. profesorem chirurgii. — **Charków.** Docent prywatny w akademii wojskowo-lek. w Petersburgu Dr. Kostjurin mianowany został nadzw. profesorem patologii ogólnéj.

* **Odznaczenia.** Królowa angielska nadała szlachectwo okuliście White Cooperowi (który wkrótce potém umarł), lekarzom londyńskim Sievekingowi i Tomasowi, oraz profesorowi medycyny sądowéj w Edymburgu Drowi Douglas Maclaganowi.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowany lekarzem starszym w armii czynnéj Dr. Włodzimierz Sołtykiewicz we Lwowie.

* **Nekrologija.** W Królewcu umarł Dr. Robert Falkson, docent chirurgii, licząc lat 32, w Londynie okulista królowéj White Cooper.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Heringa: Kwas mleczny jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych krtani. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Matlakowskiego: Kilka uwag o zmianach, zachodzących w jelicie zaciśniętém w przepuklinach uwięzionych; Orłowskiego: Sprawozdanie z oddziału chirurg. mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r. (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Stan. KRYSIŃSKI: Uiber den heutigen Stand der Argyriefrage, Dorpat 1886, in 8vo str. 5o. (Jestto rozprawa napisana w celu otrzymania stopnia doktora medycyny, któryto stopień autorowi też przyznano).

Tenże: Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus. (Odbitka z „Zeitschr. f. Geburtshilfe“ XII, 1), in 8vo 13 z tabl. chromolitograf.

Resumen general de las invasiones y de funciones por causa de cólera ocurridas en Espana durante el ano de 1885. Madrid 1886, in 4to str. 59.

Sprawozdanie Towarzystwa kolonij wakacyjnych dla dzieci w Krakowie za r. 1885. Kraków 1886, in 8vo str. 24.

Sprostowanie. W Nr. Przegl. Lek. 8, str. 113, opuszczono ustęp: że ciężka sprawa chorobowa dotykająca błony śluzowéj w dyfteryi może tak samo zawdzięczyć swe powstanie jadowi, który z powierzchni błony śluzowéj do wnętrza się dostaje, jak i jadowi zakażającemu pierwotnie krew a następnie dopiero wytwarzającemu charakterystyczne dla dyfteryi pokłady chorobowe. — Nr. 9, str. 132, łam 2, w. 21 od góry, zam.: śmiercią się kończy. Skutkiem czytaj: śmiercią się kończy skutkiem itd. — Nr. 10, str. 146, ustęp końcowy zam.: która zazwyczaj śmiercią się kończy, czyt.: które zazwyczaj śmiercią się kończą. —

Nr. 12, str. 176, I. Leki przeciwgnilne wypuszczono w wierszu 3cim: kwas będźwinowy, będźwinian sodowy i będźwinian kofeino-sodowy. — Nr. 14, str. 199, łam 1, w. 25 od góry zam.: 1—2·0 dziennie, czyt. 1—2 razy dziennie). — Nr. 18, str. 247, łam 1, powinien ustęp „Prawdopodobnie przypadki te itd. być opatrzonym nawiasami ( ) lub zaczynać się z początku jako uwaga krytyczna autora. — Nr. 19, str. 260, łam 1, wiersz 22 od góry zam.: spojówki, gałek ocznych, czytaj: na spojówce powiek i gałek ocznych, na błonie śluzowéj gęby itd. i str. 261 w połowie, czytaj: jak i z tętniczki *(ramus arteriae thyreoidae superioris)* itd.; tamże wiersz 19 od dołu zam. z resorcynem sody czyt. będźwinianem sodowym; str. 262, zam. kachektyczny, skutki czytaj kachektyczny, a skutki... i zam. znacznéj ilości eteru. W końcu jednak, czyt. znacznéj ilości eteru, w końcu jednak... — Nr. 21, str. 288, wiersz 3 od góry, zam. operacyi czyt. operacyję; a wiersz 3 od dołu zamiast Dr. H. z Czernowic, czyt. Dr. Jaeggle z Czernowiec.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 258[D]

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na dwie posady Asystentów lekarskich przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadowalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady asystenta przywiązana jest płaca 500 złr. rocznie.

Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z wszechnic Państwa Austryjackiego.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi tutejszego szpitala bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów dnia 22 maja 1886 r.

Dr. Głowacki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 26 czerwca 1886. № 26. Rok XXV.

I. Przyczynek do chirurgii narządu słuchowego. Wycięcie młotka wraz z błoną bębenkową w t. zw. suchém zapaleniu jamy bębenkowéj.

Opisał Dr. Roman Barącz,
lekarz prakt. we Lwowie.

Jedną z najuporczywszych chorób pod względem leczenia jest sucha postać zapalenia ucha środkowego; polega ona na zgrubieniu i sztywności błony śluzowéj wyścielającéj części narządu słuchowego wprawiane w drganie, a prowadzi do rozwoju pasm ścięgnistych i zrostów kostek słuchowych z jednéj, a ścian jamy bębenkowéj z drugiéj strony. Hartmann i inni rozróżniają dwie postacie tego cierpienia. Pierwsza jest hyperplastyczną, wywołaną obrzękiem zapalnym, który poprzedza zazwyczaj nieżyt nosa i trąbek Eustachego. W następstwie chronicznego zapalenia przychodzi tu do przerostu tkanki łącznéj i nowowytworzenia naczyń, przyczém powstaje znaczne zgrubienie błony śluzowéj okienka owalnego i wyściółki kostek słuchowych. Ta postać występuje zazwyczaj u osób skłonnych do nieżytów a przeważnie u osób przez zawód swój narażonych na częste zmiany powietrza atmosferycznego. Druga postać tego cierpienia, właściwa skleroza błony bębenkowéj, albo wytwarza się z pierwszéj przez przeobrażenie wsteczne produktów zapalnych, albo też powstaje pierwotnie jako miąższowe zgęszczenie. Błona śluzowa w tych przypadkach jest bardzo sztywną, może zawierać złogi wapna a nadto powstają w niéj skostnienia, w skutek których pojedyncze części narządu pośredniczącego przewodnictwu głosu zrastają się ze sobą i z sąsiedztwem. Nowotworzenie kostne występuje osobliwie na okienku owalném; w następstwie tego kostnieje błona okrężna płytki strzemienia i powstaje synostoza tegoż z nieruchomością w okienku jajowatém. Nadto kostnieje okienko okrągłe i powstaje ankiloza kostek słuchowych. We wszystkich tych przypadkach błona śluzowa jamy bębenkowéj jest bladą, nieobrzmiałą, zupełnie suchą. Druga postać nagabywa zwykle osoby wątłe, nerwowe, skłonne do dny i gośćca. Dziedziczność w obu postaciach odgrywa dość znaczną rolę. Choroba występuje zazwyczaj obustronnie, jedna jednak strona przedstawia zwykle znaczniejsze zmiany; choroba rozwija się często żółwim krokiem, chory przypadkiem uważa pogorszenie słuchu, późniéj przyłączają się prawie zawsze objawy przedmiotowe: szum, pisk, gwizdanie, pianie itp. Objawy przedmiotowe i przytępienie słuchu nie są zawsze zależnemi od siebie, częściéj jeden objaw przeważa. Często bardzo chorzy tacy lepiéj słyszą, jeżeli w otoczeniu ich powstanie silny szmer *(Paracusis Willisii)*. Jeżeli sprawa chorobowa zajmie okienko przedsionka, występują równocześnie objawy przemawiające za chorobą błędnika; chorzy tacy zazwyczaj doznają uczucia zajęcia głowy, zawrotu głowy i ciężkości w niéj.

Przedmiotowo znajdujemy w pierwszéj postaci nieco silniejsze nastrzykanie błony bębenkowéj niż w stanie prawidłowym, osobliwie na krótkim wyrostku i na rękojeści młotka; uwydatnienie to naczyń jest obrazem przekrwienia błony śluzowéj jamy bębenkowéj po wykluczeniu samoistnéj choroby błony bębenkowéj. W drugiéj postaci błona bębenkowa jest albo miejscami, albo też w całości ćmawa; często zawiera złogi wapna, również często powstają w niéj dołki, ztąd lejkowato bywa zaciągniętą, albo też bywa ścieńczałą; w tym razie ma odcień niebieskawy. Zapadnięcie błony bębenkowéj w całości (poziome położenie młotka) przemawia za obrzmieniem trąbki Eustachego albo zatkaniem jéj światła. Jeżeli przy użyciu lejka Siegla albo podczas stosowania sposobu Politzera położenie młotka się nie zmienia, mamy prawo do rozpoznania ankilozy kostek słuchowych.

Rokowanie jest zazwyczaj w obu postaciach choroby wątpliwém.

Leczenie. W obu postaciach choroby przedmuchiwania powietrzne sposobem Politzera mają pierwszeństwo przed innemi zabiegami, albowiem są one w stanie zmniejszyć przekrwienie i obrzmienie, usuwają nieprawidłowe usta-

wienie błony bębenkowéj i kostek słuchowych a zarazem przerywają powstające zrosty. Z tym zabiegiem należy połączyć wstrzykiwania do jamy bębenkowéj. W pierwszéj postaci zapalenia są wskazane środki ściągające (0·5—1% roczczyn *zinci sulfur.*), w obec właściwéj sklerozy zaś rozmiękczające (1—4% roczczyn *natr. carbon.*). Czasem wprowadzania pary wodnéj albo salmiaku *in statu nascenti* do ucha środkowego, polecone przez Tröltscha, okazały się korzystnemi. Wstrzykiwania środków ściągających a względnie rozmiękczających radzi Politzer uskuteczniać co drugi dzień naprzemian z wdmuchiwaniami według swojéj metody. Rozliczne atoli te zabiegi okazały się w przeważnéj liczbie przypadków płonnemi, co skłoniło różnych otyjatrów do chwycenia się zabiegów czysto chirurgicznych. Zabiegi te podane w obec zgrubień i zrostów błony bębenkowéj były bardzo liczne; niektóre z nich należą obecnie prawie tylko do historyi. O ważniejszych wspomnieć mi tu wypada: Najprostszym i najdawniej już znanym przez Astleya Coopera i niezależnie od niego przez Himlyego w r. 1795 podanym zabiegiem jest paracenteza błony bębenkowéj, któratο operacyja przez długi czas zaniechana w nowszych dopiero czasach przez J. Grubera w Wiedniu wznowioną została. Przy znacznem napięciu albo zgrubieniu błony bębenkowéj radzono uskuteczniać wielokrotne nacięcia, Voltolini zaś zaproponował utworzenie otworu w błonie galwanokauterem. W obec znacznego napięcia fałdów błony bębenkowéj wychodzących od krótkiego wyrostka młotkowego proponowano ich nacięcie; Politzer w r. 1870, a niezależnie od niego Lucae w r. 1872 pierwsi osiągnęli wyniki korzystne w sklerozie i zrostach w jamie bębenkowéj przez przecięcie silnie napinającego się fałdu odchodzącego ku tyłowi od małego wyrostka młotka; Tröltsch w r. 1881 osiągnął podobny skutek przez przecięcie fałdu przebiegającego ku przodowi od krótkiego wyrostka młotkowego. Przy zapadnięciu błony bębenkowéj ze skróceniem ścięgna mięśnia napinającego bębenek uskuteczniano tenotomiję tego mięśnia, wykonaną po raz pierwszy przez Webera-Liela w r. 1868. Osiągnął on z téj operacyi korzyści, osobliwie u chorych z silnemi cierpieniami podmiotowemi. Gdy jednak zmiany chronicznego zapalenia ucha środkowego nie lokalizują się w tych bardziéj na zewnątrz położonych częściach, lecz polegają najczęściéj na zrostach całego łańcucha narządu pośredniczącego przewodnictwu głosu, łatwo pojąć, że z powyższych zabiegów wyjątkowo tylko osiągnięto spodziewane korzyści. Starano się osiągnąć je przez wycięcie błony bębenkowéj. Wycięcia kawałka błony bębenkowéj (Paweł Fabrici) w nowszych czasach zupełnie zaniechano; również sfirotomiję, t. j. wycięcie kawałka młotka, poleconą przez Wredena, który przez wycięcie równoczesne części doprowadzających naczyń chciał w ten sposób zapobiedz regeneracyi wyciętej części błony; zaniechano także nacięcia krzyżowego błony bębenkowéj z następową kauteryzacyją brzegów azotanem srebrowym, wypalania otworu w błonie bębenkowéj zgęszczonym kwasem siarkowym (Francis Simrock).

Racyjonalniejszym i więcéj na znajomości stosunków anatomicznych opartym zabiegiem jest podany przez Kessla usunięcia kostek słuchowych a względnie sztuczna mobilizacyja płytki strzemienia. Kessel ważył się nawet na wycięcie zrośniętego strzemienia przekonawszy się na podstawie doświadczeń na zwierzętach (psach i gołębiach), że przez wycięcie strzemienia, a względnie *columella,* nie występowały ani zawroty głowy, ani zboczenia w koordynacyi i że nawet początkowo ztąd powstała głuchota ustępowała po zabliźnieniu się otworu w okienku owalném i nagromadzeniu się znów perilimfy, która podczas zabiegu odpłynęła. Że utrata słuchu, pomimo utraty młotka i kowadła, nie następuje, wykazał to już zresztą Schwartze (*Arch. f. Ohrenheilk.* t. II, str. 229) na Zjeździe niemieckich lekarzy w Wiesbadenie w r. 1873 a słuch u dzieci, u których S. wydalił młotek i kowadło dla nekrozy, był dostatecznym do możności odwiedzania szkoły. Wolff (*Gräfes u. Walthers Journal für Chirurgie,* T. VII, z. 2, str. 9) zaś przytacza przypadek, gdzie u dziecka 4 letniego pomimo utraty młotka, kowadełka i strzemienia słuch był nienaruszony. Pierwsze próby wykonania operacyi wycięcia młotka na istocie żywéj wykonał Schwartze w r. 1873. Wynik operacyi był korzystnym tylko do czasu z powodu szybkiéj regeneracyi niezupełnie wyciętéj błony bębenkowéj. W celu zapobieżenia téj regeneracyi zaproponowali Bonnafont, Politzer i Voltolini wprowadzanie do otworu w błonie bębenkowéj rurek srebrnych lub kauczukowych 2—3mm. długich o średnicy 1mm.; rurki te jednak wypadały i okazały się niepraktycznemi. Dopiero Kessel podał sposób zapobiegający téj regeneracyi przez wydalenie chrząstki w tylnym obwodzie błony bębenkowéj a ewentualnie resekcyję za pomocą dłutka części pierścienia chrzęstnego ze *sulcus tympani.*

Wskazania (Schwartze w *Deutsche Chirurg.*, wyd. 32, str. 281—283) do operacyi wycięcia młotka wraz z błoną bębenkową są następujące: 1) chroniczne ropienie ucha środkowego połączone z próchnieniem kostek słuchowych i cholesteatoma jamy bębenkowéj; 2) nieruchomość młotka wywołana zwapnieniem błony bębenkowéj albo zrostem stawu młotko-kowadłowego, a jako objaw tego cierpienia: gwałtowne szmery podmiotowe; 3) zarośnięcie trąbki Eustachego, skoro po nakłuciu zapadniętéj błony bębenkowéj polepsza się słuch wśród równoczesnego spłaszczenia błony. Warunkiem, śród którego operacyję tę przedsiębrać można, jest utrzymanie przewodnictwa kostnego dla tonów o 8 oktawach. Przy łatwém rozumieniu szeptu w bliskości ucha w sklerozie operacyja nie jest w stanie zazwyczaj polepszyć słuchu.

Miałem sposobność już wielokrotnie obserwować chorych dotkniętych tém cierpieniem; w wielu przypadkach stosowałem metodę Politzera czasem z aspiracyją pary eteru octowego i etylu jodowego; często kateteryzowałem trąbkę Eustachego i wprowadzałem do niéj środki rozmiękczające, jak dwuwęglan sodowy, parę salmiaku, parę wodną itd., wszystkie te środki jednak zawodziły; pomagały one wprawdzie czasem chwilowo, ale po narażeniu się chorego na wpływ zimniejszego powietrza szum w uszach u tych chorych napowrót z gwałtownością pierwotną występował. W 2 moich przypadkach okłady wilgotne ciepłe, a nawet gorące, często odmieniane wpływały chwilowo korzystnie na zmniejszenie szumu w uszach. Nie widząc atoli w tych rozpaczliwych przypadkach trwałego polepszenia po zastosowaniu powyższych środków postanowiłem w stósownym przypadku uciec się do zabiegu operacyjnego. Nastręczyła mi się wnet do tego sposobność. (Dok. nast.)

II. Kilka uwag nad wartością podotrzewnowéj operacyi przepukliny uwięźniętéj bez otwarcia worka.

Skreślił Dr. Józef Orłowski,
prymaryjusz szpitala powszechnego w Przemyślu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Drudzy dopuszczają tę operacyję tylko przy małych przepuklinach, gdzie części treści nie wiążą się i nie plączą wzajemnie, bo treść tylko z jednéj pętli lub ściany się składa. Bryant w rozdziale traktującym o cięciu przepuklinowém powiada między innemi: jeżeli przyczyna uwięzienia znajduje się zewnątrz worka, jak zwykle w przepuklinie udowéj, otwarcie worka rzadko jest potrzebném, cięcie zewnętrzne zupełnie wystarcza; chirurgija zbyt czynna jest zawsze złą, a w przepuklinie zbyt często fatalną, a chirurg, który otwiera worek w każdym przypadku, oczywiście często czyni to, co jest niepotrzebném.

Nareszcie na korzyść operacyi bez otwarcia worka przytaczają statystykę, która rzeczywiście silnie za nią przemawia.

Największym jéj przeciwnikiem był Dieffenbach i kilku innych, ale rozumowanie ich jest tak słabe i w zapatrywaniach tyle panuje niekonsekwencyi, że właściwie stają na rozdrożu, zalecając ją w jednych przypadkach, potępiając w innych, bez zajęcia pewnego wybitnego stanowiska.

W całéj téj polemice wśród pozornie ponętnych argumentów, jak nić czerwona snuje się jedna myśl przewodnia: obawa skutków otwarcia otrzewny; tak dalece opanowała ona umysły, że dla niéj zapomniano o głównéj rzeczy. I rzeczywiście, gdy zważymy, o ile była uzasadnioną, ile chorych ginęło mimo najstaranniéj i najlepiéj wykonanéj operacyi z otwarciem worka, to nie będziemy się dziwić, że metoda bez otwarcia, mimo tylu stron słabych, tak wielu gorących znalazła zwolenników. Dziś jednakże, dzięki olbrzymim rezultatom antyseptyki, nie jesteśmy już tak dalece skrępowani, aby zapomnieć o wszelkich innych względach i wskazaniach, które dla dobra chorych są niezmiernie ważne, a przed owym dominującym upiorem dotychczas nieraz ustępować musiały.

Pomijam już to, że dzisiaj przy ocenianiu wartości operacyi dawniejsza statystyka nie może służyć za punkt oparcia, bo należałoby całkiem nową stworzyć, i nie kuszę się téż zbijać przytoczonych i nieprzytoczonych poglądów, nie chcąc zbyt rzeczy rozwlekać; dla rozstrzygnięcia kwestyi zadaję sobie pytanie, co w ogóle przez operacyję przepukliny zamierzam osiągnąć? Zdaje mi się, że każdy zgodzi się ze mną, że mamy tu przed sobą cel dwojaki; po pierwsze: uwolnienie części uwięźniętéj, po drugie: zabezpieczenie chorego od powtórzenia tego przypadku na przyszłość. Cel pierwszy dałby się osiągnąć często bez otwierania worka, ale, jak mój przypadek wskazuje, nie zawsze i nie w każdym razie, a obliczenie skutku nie zawsze leży w naszéj mocy; nadto zaś przystępując do operacyi trzeba mieć w pamięci możebność istnienia obok widocznéj, jeszcze innéj przepukliny ukrytéj lub skrętu; w obec tego zapytuję, czy godzi się pomijać tak dobrą sposobność przekonania się i upewnienia, ażali oprócz zwolnionéj inkarceracyi w kanale nie znajduje się przypadkiem jeszcze inna dostępna wymacaniu i czy temu wskazaniu da się zadość uczynić bez otwarcia worka? Ilekroć wykonałem cięcie przepuklinowe z otwarciem worka, nigdy nie zaniedbałem po usunięciu inkarceracyi zbadać dokładnie palcem jamy brzusznéj, i przy ścisłém zachowaniu przepisów antyseptyki nigdy nie doświadczyłem złych skutków z tego postępowania; a to samo doświadczenie zrobili z pewnością wszyscy operatorowie; jestto więc obawa płonna.

W obec tego traci téż na znaczeniu zastrzeżenie niektórych, że tylko wtenczas godzi się operować bez otwarcia worka, gdy można poprzednio nabrać jasnego poglądu na stosunki i stan części uwięźniętych; tam gdzie wszystko jest zakryte osłoną, częstokroć grubą, gdzie dostęp do części głębiéj położonych utrudniony a nawet bez utorowania drogi nożem niepodobny, gdzie możebném jest złudzenie, sądzę, że często puszcza się na hazard, kto poprzestaje na cięciu zewnętrzném i nie otwiera worka. Nareszcie, jeżeli już raz zdecydowaliśmy się na zabieg chirurgiczny, przy którym jedno niewielkie dodane cięcie jest w stanie z prawdopodobieństwem zapobiedz powtórzeniu okropnéj sceny inkarceracyi na przyszłość, czyż wolno nam opuścić tak dogodną sposobność i zostawiając worek, pozostawić niejako łapkę na trzewa?

Zbierając to, co się wyżéj powiedziało, wypada, że kto ma na celu nietylko chwilowe, ale trwałe uwolnienie inkarceracyi, kto chce kroczyć drogą pewną, pamięta o możebności istnienia różnych niespodzianek, (a ileż ich to szczególnie przy herniotomii się nie spotyka!), kto wreszcie pragnie stworzyć dla chorego możliwie najlepsze warunki, ten zgodzi się na zasadę, że w każdym razie należy worek otworzyć i cały lub część jego, stosownie do okoliczności, wyciąć. Rozchodzi się tylko o to, w jaki sposób i w jakim porządku byłoby najlepiéj cięcie przepuklinowe wykonać. Dla ustanowienia w tym względzie pewnéj normy musimy uprzytomnić sobie obok celu operacyi i plan, jaki w niej przewodniczyć winien; tu zaś główną troską i staraniem operującego ma być: ochrona części wypadłych od działania wszelkich szkodliwych wpływów podczas operacyi, a zatém od ugniecenia, o ile się ono da uniknąć i od wystawiania przez dłuższy czas nad potrzebę na zetknięcie z powietrzem. Temu ostatniemu wskazaniu już w znaczniejszéj części staje się zadosyć przez użycie środków przeciwgnilnych, a o ile w naszéj mocy, jeszcze możemy dodać do tego skrócenie czasu ich obnażenia, przez przesunięcie chwili otwarcia worka na późniejszy okres. Pierwsze zaś i drugie razem da się osiągnąć w sposób następujący: przedewszystkiém odsłonić worek, t. j. odłuszczyć całkowicie od części otaczających aż do miejsca zaciśnięcia; po dokonaniu tego wprowadzić nożyk przepuklinowy, którym, jak zwykle, nacina się pierścień zdziergający; dopiero gdy w ten sposób (jeśli tu leżała przyczyna ścisku) części zostaną uwolnione, otworzyć worek, obejrzeć dokładnie treść jego, czy to naocznie, jeśli jeszcze do jamy brzucha nie wpadła, czy téż palcem, jeżeli to już się poprzednio stało, w każdym zaś razie zbadać jamę brzuszną palcem, a w końcu dopiero, gdy wszystko znajdzie się w porządku, wyciąć sam worek i zamknąć. W ten sposób wykonałem operacyję przed 7 laty po raz pierwszy, dziś zaś dowiaduję się, iż angielscy chirurgowie używają téj metody od lat kilku, jak zapewniają z bardzo dobrym skutkiem. Naturalnie, iż jeżeli przyczyna zadzierzgnięcia znajduje się w worku, należy ją w stosowny sposób usunąć. W obec powyższych wywodów zdaje mi się, że operacyja bez otwarcia worka nie zasługuje na tak usilne zalecenie, jakiego z tylu stron doznaje, i jeżeli wytkniemy sobie cel jasno, wątpię, czy w ogóle wykonanie jéj da się usprawiedliwić. Czy bezwarunkowo należałoby ją potępić? Ja wyobrażam sobie jedyne przymusowe położenie, gdzie użycie jéj zdołał-

bym przed sobą uniewinnić: t. j. gdybym był znaglony do operowania bez asystencyi i bez środków antyseptycznych, a do tego w porze nocnéj; byłabyto, *sit venia verbo* „operacyja od biedy“, lecz metodycznie nie mam chęci wykonywać jéj nigdy. Na 27 herniotomij wykonałem ją tylko 2 razy i wyznam szczerze: za każdym, wbrew zapatrywaniu Bryanta, miałem uczucie, jakobym nie dokonał czegoś, co zrobionêm być powinno. Zapewne, że ktoby chciał jeszcze daléj wskazanie rozciągnąć, znalazłoby się jeszcze jedno (ale to daje się uniknąć), gdyby np. wypadło operować wśród zaraźliwych wyziewów, u ludzi biednych, ciemnych, gdzie na porządne leczenie następowe liczyć nie można; znalazłem się i w takiém położeniu przed 6 laty: u pewnéj izraelitki wykonałem herniotomiję z otwarciem worka w mieszkaniu nad wszelki wyraz niechlujném, odprowadziłem jelita wyglądające zdrowo, założyłem opatrunek karbolowy, pojawiły się stolce, chorą zostawiłem w stanie bezgorączkowym, rzeźwą, wszystko pozwalało spodziewać się pomyślnego skutku, w tydzień jednak potém umarła, a jak się dowiedziałem, przez cały czas nie wzywano wcale lekarza i opatrunku nie zmieniono; można sobie wyobrazić i przypuścić, co przy panującym brudzie i niechlujstwie, wśród zaduchu i zaniedbania mogło być śmierci przyczyną. Od tego czasu w podobnych warunkach nie podejmuję operacyi u pacyjenta w domu, lecz każę go przewieźć do szptala.

A teraz, jakkolwiek to do rzeczy ściśle nie należy, nie mogę się wstrzymać, aby przy téj sposobności nie dorzucić jeszcze kilku słów o porze stosownéj do operacyi przepuklin w ogóle. Wiadomo, jak świetne bywają jéj wyniki w przypadkach świeżych, gdzie zbyt forsownéj *taxis* nie usiłowano; a kto zna przebieg uwięźnienia, kto wie, iż w takich razach można prawie z góry zapewnić, że rezultat będzie pomyślny, ten z wielkim żalem, że nie powiem oburzeniem, musi patrzeć na przypadki zaniedbane. Różne okoliczności składają się na to, u nas w szczególności do dziś dnia niewykorzeniona ciemnota i zabobon, z któremi może nikt tyle smutnych doświadczeń nie zrobił co lekarz, ale cokolwiekbądź, nie mogę przemilczeć, że, lubo w małéj cząstce, i my sami nie jesteśmy bez winy, niestety bowiem jeszcze tu i owdzie znajdują się tacy, którzy nie przejęli się duchem postępu, często więc najdroższy czas się marnuje, a spotkasz się tu z pijawkami, różnemi maziami, a co gorsza: nawet z środkami drastycznemi, a gdy czas najlepszy minął, kiedy siły chorego wyczerpane, na domiar biedy dostajesz go do operacyi z mosznami od ugniecenia przy niemiłosiernéj *taxis* opuchłemi i granatowemi; na szczęście coraz to już rzadsze dziś wyjątki. Otóż mniemam, że tak dla dobra ludzkości, jak dla podniesienia powagi nauki i całego stanu, sami powinnibyśmy ustanowić dla siebie ogólną normę postępowania, a pamiętając złote słowa Stromeyera: „jeśli zgłosi się do ciebie chory z uwięzioną przepukliną w nocy, operuj przed wschodem słońca, jeżeli w dzień, nie czekaj aż słońce zajdzie“ ustanowić zasadę: jeżeli w pierwszych 36 godzinach, a w gwałtowniejszych przypadkach nawet wcześniéj, odprowadzenie bezkrwawe czy z chloroformem czy bez niego nie dało się uskutecznić, wykracza przeciw bezpieczeństwu życia chorego ten, kto nie stara się znaglić go do poddania się operacyi. Gdyby tę zasadę dało się przeprowadzić konsekwentnie, zapalenie otrzewny, wycinanie zgorzelinowych części i zszywanie jelit należałoby do niesłychanie rzadkich wydarzeń.

III. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt.

Podał Prof. Dr. Cybulski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

W załączonéj tu tablicy przytoczone są jeszcze inne doświadczenia, które także mogą służyć na poparcie wypowiedzianego wyżéj zdania co do wpływu ciążenia.

Z doświadczenia IV widzimy, że już od samego początku wahania tak w tętnicy dogłowowéj jak również udowéj są dość znaczne i posiadają cechy zmian, właściwych zwierzętom, u których oddechanie nie jest w stanie normalnym; zmiany te są bardziéj wybitne po przecięciu nerwów błędnych, jakkolwiek jeszcze nie mamy w tętnicy udowéj obniżenia się parcia przy pozycyi pionowéj głową do góry i podnoszenia się w pozycyi głową w dół, któreśmy mieli u poprzednich: gdy jednak, zwierzę przystosowało się do sztucznego oddychania, zmiany te wystąpiły świadcząc tém samém, że przy usunięciu czynnego oddychania, jakkolwiek biernie zwierzę przyjmowało udział w oddychaniu; to jednak zmiany te były niedostateczne aby zapobiedz nienormalnemu rozmieszczeniu się krwi.

Doświadczenie V ważne jest z tego względu, że już samo zatrucie kurarą było dostateczném, aby wywołać najcharakterystyczniejsze objawy nieprawidlowego rozmieszczenia krwi, podczas gdy przed zatruciem kurarą, parcie w doglowowéj zmieniło się bardzo mało, a w parciu w tętnicy udowéj były więcéj znaczne zmiany, niżby być musiały, lecz jakościowo odpowiadały zmianom hydraulicznym.

Z doświadczenia 6 i 7 widzimy, że po zastrzyknięciu kurary zmiany były nie zupełnie charakterystyczne; dopiero przecięcie nerwów błędnych miało ten skutek.

Na mocy tych dwóch doświadczeń, a przeważnie 6, w którém zmiany w ilości skurczów są stosunkowo nieznaczne, a jednak do przecięcia nerwów błędnych zmiany nie były wybitne, możemy przypuścić, że regulujący wpływ nerwów błędnych oprócz ilości skurczów na 1′ może polegać jeszcze na zmianie pracy serca. Że taki wpływ jest możliwy o tém świadczą doświadczenia Gaskela *(Procedings of the royal Society* 1881, s. 217), Heidenheina (*Pflügers Archiv.* t. XXVI), Pawłowa (*Centrobieżnyje nierwy sierdca, dys.* St. Petersburg 1883 r.).

W doświadczeniu VIII mamy przyklad, że samo przecięcie nerwów błędnych jeszcze nie zawsze wystarcza do otrzymania znacznéj nieprawidlowości w rozmieszczeniu krwi, lecz że do tego winny być usunięte ruchy mięśni brzusznych; jako też po zastrzyknięciu kurary wystąpiły te zmiany najwybitniéj.

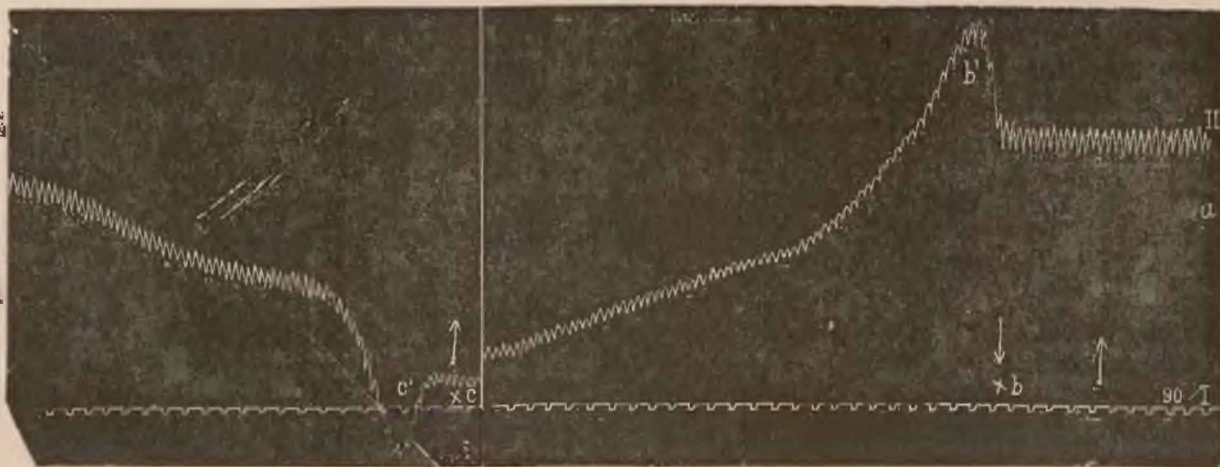
Przecięcie rdzenia tak w tém, jak również i w innych doświadczeniach nowych zmian oprócz ogólnego obniżenia parcia nie wywołuje, zjawiska zależne od zmian pozycyi są te same, co i po zatruciu kurarą, nie istnieje jednak zwykle następcze podniesienie się parcia przy pozycyi głową do góry, które bywa u zwierząt z nieuszkodzonym rdzeniem. Ściskanie brzucha i po przecięciu rdzenia ma toż samo działanie, mianowicie usuwa następcze podniesienie się parcia przy zmianie pozycyi na głową w dół z pozycyi głową do góry.

Charakter tych zmian w parciu najwyraźniéj przedstawiają przytoczone tu krzywe u zwierzęcia zatrutego kurarą, do przecięcia rdzenia fig. 7 i po przecięciu 8 i 9.

Krzywe te zasługują na uwagę z tego względu, że na nich zmiany zależne od wpływów hydraulicznych i fizyjologicznych są do pewnego stopnia odosobnione fig. 7 w pozycyi głową do góry w pierwszéj chwili na krzywéj parcia w tętnicy udo-

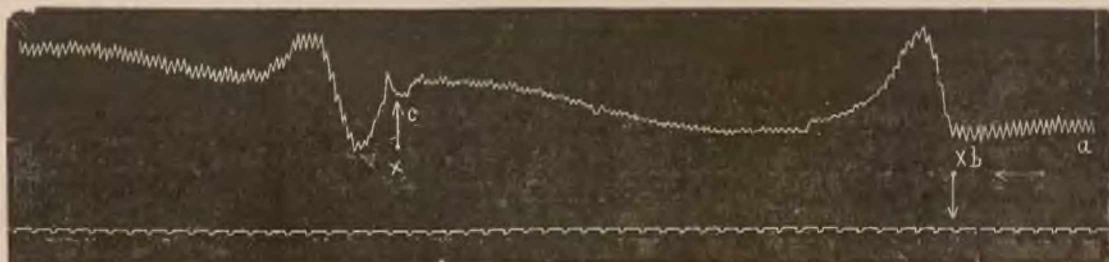
wéj mamy podniesienie się parcia; jestto zmiana hydrauliczna; bardzo jednak prędko, po 3, 4 sekundach mamy już obniżenie się parcia, jako skutek warunków fizyjologicznych. W pozycyi zaś pionowéj głową w dół mamy również w pierwszéj chwili obniżenie się skutkiem wpływu hydraulicznego i następcze podnoszenie się parcia, jako skutek warunków fizyjologicznych. Na krzywéj 8 mamy to samo po przecięciu rdzenia, lecz na krzywéj 9 w ślad za uciskiem brzucha nie występuje następcze podniesienie się przy pozycyi głową w dół (przy $\times c$. fig. 9) i parcie wciąż pozostaje na tym samym poziomie.

Fig. 7.



I. Sekundy na wysokości = 90 mm. rtęci.
II. Krzywa parcia w tętnicy udowéj po zatruciu kurarą i przecięciu błędnych nerwów; od *a* do *b* poziomo; od *b* do *c* pionowo głową do góry przy *b'*, fala w skutek wpływu hydraulicznego; biała linija przy *c*—przerwa na 1'. Od *c* do końca—pionowo głową w dół; przy *c* zmiana hydrauliczna, $\times$ początek zmiany.

Fig. 8.



I. Sekundy na wysokości = 0.
II. Krzywa parcia ościennego u tego samego zwierzęcia po przecięciu rdzenia pacierzowego, od *a* do *b* pozioma; od *b*—do *c* pionowo głową do góry; od *c* do końca pionowo głową w dół.

Fig. 9.



I. Sekundy na wysokości = 0.
II. Krzywa parcia ościennego w tętnicy udowéj również po przecięciu rdzenia; od początku do *a* pozioma; od *a* do *c* pionowo głową do góry; od *b* do *c* uciskanie jamy brzusznéj. Przy *c* głową w dół.

Przytoczone w powyższych doświadczeniach zmiany otrzymują się prawie zawsze, z tą tylko różnicą, że u jednych osobników mniéj u innych są więcéj wybitne, jako regułę mogę przytoczyć, że zmiany te są tém większe, im dłużéj trwa doświadczenie, i im większe i szybsze są krańcowe zmiany w pozycyjach. Z 15 doświadczeń, które w tym celu wykonałem, tylko w jedném zmiany, nawet po zatruciu kurarą i przecięciu nerwów błędnych, nie posiadały tych cech, które mieliśmy w przytoczonych doświadczeniach w zupełności, jakie jednak są warunki, przy których tych zmian się nie otrzymuje podać nie jestem w stanie; przypuszczam jednak, że to zależy od stanu napełnienia organów brzusznych, przyczém oczywiście parcie w jamie brzusznéj przy napełnionym żołądku i jelitach musi podlegać mniejszym zmianom niż w tym razie, kiedy jelita i żołądek są próżne.

W każdym razie z tych 14 doświadczeń wynika po pierwsze, że zarzut prof. Paszutina był całkowicie niesłusznym, gdyż stanowczo po zatruciu kurarą i przecięciu nerwów błędnych można obserwować przy pozycyi pozioméj głową w dół podnoszenie się parcia w tętnicy udowéj, zamiast obniżenia się, powtóre, że zjawisko to nie bywa u normalnych zwierząt dzięki działaniu oddechania, i po trzecie, że zmiany te w parciu u zwierząt nienormalnych zależą od nieprawidłowego rozmieszczenia krwi, jedynie w układzie żylnym.

Dla udowodnienia téj ostatniéj tezy byłoby rzeczą ważną określić parcie w żyłach także przy rozmaitych pozycyjach, że jednak metody dotychczas używane do określenia parcia w żyłach są bardzo niedokładne, doświadczeń tych tymczasowo zaniechałem tém bardziéj, że już pod tym względem istnieją doświadczenia prof. Paszutina i Dra Irtschika *(Ueber den Einfluss der Schwere des Blutes auf den Seitendruck der Venen etc.* Dorpat 1874).

Co do wyników doświadczeń tych autorów, to prof. Paszutin podaje, że przy sztuczném oddechaniu w żyłach szyjnych *(v. jugularis)* przy pozycyi głową w dół parcie jest nieco większe, przy odwrotnéj pozycyi nieco mniejsze niżby być musiało stósownie do obliczenia, w udowych zaś zachowuje się według praw hydraulicznych, u normalnych jednak zwierząt taka prawidłowość nie istnieje ze względu na oddychanie, które się zmienia przy każdéj pozycyi. To ostatnie twierdzenie zgadza się najkompletniéj z podaném wyżéj objaśnieniem, liczby jednak Irtschika nie dają możności zrobienia jakichkolwiek wniosków, tém bardziéj, że sam autor twierdzi, iż wzrost zwierzęcia, a tém samém długość żył, nie ma żadnego wpływu na zmiany w parciu; zresztą te ostatnie doświadczenia są bardzo powierzchowne. Chcąc

wszakże w każdym razie bliżéj poznać zmiany w rozmieszczeniu krwi wykonałem kilka doświadczeń, w których oznaczałem prędkość ruchu krwi za pomocą fotochemotachometru zastosowując fotografiję lub wprost za pomocą manometru różniczkowego (patrz Przegląd Lek. Nr. 11, 12). Z doświadczeń tych okazało się, że prędkość w tętnicy dogłowowéj przy pozycyi głową w dół, tak u normalnych zwierząt, jakotéż u zatrutych kurarą zwiększa się, a osobliwie w pierwszéj chwili, w *vena jugularis* zaś w pierwszéj chwili ruch zupełnie ustaje, potém się zjawia i u normalnych zwierząt przedstawia pewne wahania, zależne od oddechania, u zatrutych kurarą po chwilowém zatrzymaniu się pozostaje wciąż jednostajnym, nieco jednak wolniejszym, niż przy pozycyi pozioméj; przytém wahania są większe po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą; przy odwrotnéj pozycyi zmniejsza się w tętnicy dogłowowéj i bardzo się wznosi w pierwszéj chwili w *vena jugularis*, w krótkim jednak czasie opada także i w téj ostatniéj, chociaż może się równać prędkości przy pozycyi pozioméj, oddechanie u normalnych zwierząt także i w téj pozycyi znacznie zmienia prędkość ruchu krwi w żyłach.

W tętnicy udowéj w ogóle zmiany nie przedstawiają takiéj prawidłowości. Zresztą po przecięciu nerwów błędnych i zatruciu kurarą stale przy pozycyi głową do góry w pierwszéj chwili prędkość się zwiększa, potém jednak szybko się zmniejsza i po kilku sekundach staje się niższą niż w pozycyi poziomćj, i odwrotnie przy pozycyi głową w dół z wyjątkiem pierwszéj chwili, stopniowo się podnosi i staje się większą, niż w pozycyi poziomćj, zmiany więc są zupełnie przeciwne tym, jakieby być musiały ze względu na fizyczne warunki. Co do żył, to przy pozycyi głową w dół prędkość w pierwszéj chwili szybko się podnosi, potém stopniowo opada i staje się niższą, niż przy pozycyi poziomćj, przy pozycyi głową do góry w pierwszéj chwili prędkość opada do 0 i ruch ustaje, potém się stopniowo podnosi, znacznie jednak wolniéj niż w *vena jugularis* i pozostaje często niższą, niż w pozycyi poziomćj.

Oto są niektóre z tych doświadczeń:

Pies 1 Stan normalny. prędkość

Tętn. dogłowowa = poziomo =	255—253 mm. w ciągu 1″	
Gł. do góry	330—180 „	
Gł. w dól	440—240 „	
Po przecięciu błędnych nerwów.		
Poziomo	240—251 mm.	
Gł. w dól w pierwszéj chwili	364—394—301 mm.	
Gł. do góry	195—218 mm.	
Gł. w dól	514— „	
V. jugularis	Ilość sześciennych milim. na 1″	
Poziomo	9C0	
Gł. do góry z początku	5150 potém 975	
Gł. w dół —	0 — 900	
Poziomo —	2200 — 950	

Pies 2. Stan normalny, tętnica udowa

Poziomo	312 m. na 1″	
Gł. do góry	372—314	
Gł. w dół	300—430	
Po zatruciu kurarą.		
Poziomo	313	112—
Gł. w dół	220	150—87
Gł. do góry	212	113—80

Pies 3. Zatruty kurarą, tętnica udowa

Poziomo	350—244
Gł. do góry	505—293
Gł. w dół	213—210
Po przecięciu błędnych nerwów.	
Poziomo	154—157
Gł. do góry	213—190
Gł. w dół	193—**376**
Gł. do góry	522—305
Gł. w dół	255—346

Pies 4. Najwybitniejsze zmiany otrzymane w tém doświadczeniu, zwierzę zmęczone, ponieważ przedtém było dokonane inne doświadczenie. Tętnica udowa.

Poziomo	250—270
Gł. do góry	380—234
Gł. w dół	459
Gł. do góry	570—170
Poziomo	320

Pies 5. Określano różnicę w manometrze.

Stan normalny.	Tętnica udowa
Poziomo	5—10 mil. met.
Gł. do góry	10—30
Gł. w dół	10—45—30, 20, 5, 20, 15
Gł. do góry	30—15—25, 30, **60**, 40
Gł. w dół	**10**—29—35, **50**, 30
Po zatruciu kurarą.	
Poziomo	2—10
Gł. do góry	10—5, 5
Gł. w dół	**20—15**
Gł. do góry	10—6, **3**
Gł. w dół	**25—20**, 15, 10
Gł. do góry	20—7, 5, 3, 1
Gł. w dół	**20**—15, 15
Poziomo	5. 3

Pies 7. Stan normalny. Prędkość w żyle udowéj.

Poziomo	3650—2550 sześć. milim. na 1″
Gł. w dół =	pierwsze $^1/_2$ s. = 3450
—	1 s. = 6200
	po 10 s. = 1850 do 2050
Gł. do góry =	pierwsze $^1/_2$ s. = 1100
—	1″s. = 0
	po 10′ = 1500 do 2050

W tych doświadczeniach nad prędkością ruchu krwi, jakkolwiek liczba ich jest nieznaczną, znajdujemy ważną podstawę dla naszych przypuszczeń, opartych na zmianach w parciu ościenném; widzimy w rzeczywistości, że u zwierząt zakuraryzowanych lub po przecięciu nerwów błędnych, a nawet i u normalnych, lecz zmęczonych samém doświadczeniem, pozycyja głową w dół w ogóle przyspiesza obrót krwi, gdyż nietylko w tętnicy dogłowowéj lecz i udowéj prędkość się zwiększa, pozycyja zaś głową do góry w ogóle obniża prędkość. W pozycyi tedy głową do góry pewna ilość krwi pozostaje jakby poza wpływem działalności serca, gdyż ilość krwi przepływającéj przez serce w tym samym czasie znacznie się obniża. Że to obniżenie odbywa się kosztem przepełnienia żył, a mianowicie tylnych kończyn, najdokładniéj widać z przytoczonych doświadczeń nad prędkością, jeżeli zestawimy prędkość w tętnicach i żyłach w każdéj pozycyi: dla przykładu weźmy jednę pozycyję pionową głową do góry. W pierwszéj chwili prędkość w tętnicy udowéj wzrasta, w żyle = 0. Oczywiście więc, że cała ilość krwi

téj, która przepłynęła do odnóg tylnych, pozostaje w nich i może pozostawać przeważnie tylko w żyłach. Chociaż po niejakim czasie obniża się prędkość w tętnicy, a w żyle wzrasta, to jednak nie spostrzega się takiego przyspieszenia w żyłach, któreby wynagrodziło tę chwilę rzeczywistego zastoju. Jakie są przyczyny, że prędkość przy tych warunkach w pozycyi głową w dół podnosi się nawet w tętnicy udowéj, powiedzieć trudno, lecz z wielkiém prawdopodobieństwem można przypuszczać iż na to wpływają dwie okoliczności: po pierwsze ogólne podniesienie się parcia w układzie tętniczym, po wtóre zmniejszenie się oporu w żyłach. Wiadomo, iż ruch płynów w rurach zależy od różnicy parcia w dwóch jakichkolwiek punktach rury, im ta różnica jest większą, tém większą jest prędkość, to też w téj pozycyi mamy jednocześnie podniesienie się parcia w tętnicach (dzięki zwiększeniu się pracy serca) i obniżenie się parcia w żyłach, z których pod wpływem ciążenia krew szybko opada w kierunku serca. Rezultatem tych dwóch warunków jest wzrastanie różnicy między parciem w tętnicach i żyłach, a przez to samo i wzrastanie prędkości[1]).

IV. Oceny i sprawozdania.

F. A. Hoffmann: **Odczyty o terapii ogólnéj ze szczególném uwzględnieniem chorób wewnętrznych.** (*Vorlesungen über allgemeine Therapie mit besonderer Berücksichtigung innerer Krankheiten*). Lipsk 1885. Str. 453.

Pojawienie się nowego dzieła, obejmującego całą terapiję ogólną, żywe musi budzić zajęcie, szczególnie gdy, jak w tym przypadku, wyszło z pod pióra klinicysty, znanego dobrze z prac doświadczalnych. Już naprzód bowiem spodziewać się było można, że autor niewątpliwie starał się oprzeć lecznictwo na szerokiéj podstawie zasad fizyjologicznych. Trudno się wszakże oprzeć ciekawości a nawet pewnéj obawie, ażali podstawa ta jest już niewzruszoną, czy mianowicie terapija posiada już wszelkie znamiona samodzielnéj indukcyjnéj nauki, czy też zawsze jeszcze jest głównie sztuką, jużto polegającą na osobliwszém spożytkowaniu podań empirycznych, jużtéż skuteczność swą zawdzięczająca raczéj przypadkowi, intuicyi, taktowi lub domyślności lekarza, aniżeli świadoméj celów wiedzy.

I przyznać trzeba, że H. z wielką zręcznością i znajomością wyzyskał zdobycze bijologii, oraz starał się oprzeć na nich trwałą i piękną budowę umiejętnego lecznictwa. Czy jednak dziś już posiadamy zupełnie racyjonalną, niezawodną, dedukcyjnie z patologii wysnutą terapiję, jakiéj przed laty 40 wymagał śp. Dietl? Z pewnością nie. Dziś jeszcze terapija nie jest — a może i nigdy nie będzie — nauką ściśle logiczną, opierającą się na dokładném poznaniu wszystkich pośrednich ogniw między przyczyną a skutkiem. Takiéj idealnéj terapii nie hołduje w swém dziele autor, ale terapija jego nie jest także, aby użyć słów tegoż Dietla, zebraniem podań i tradycyj dawnych czasów, bez jakiegokolwiek związku z zasadami nauki ścisłéj. Mówimy to, aby scharakteryzować stanowisko naukowe dzieła, oraz uwydatnić czego się po niém spodziewać i czego odeń wymagać mamy. Według autora terapija jest, a przynajmniéj może i musi być, nauką, metoda zaś jéj polega na tém, że z wielkiéj ilości poszczególnych faktów empirycznych wysnuwamy na zasadzie zdobyczy bijologicznych ogólne podstawowe poglądy, słuszność poglądów tych w praktyce wypróbowujemy i stwierdzamy, aby na nich jako hypotezach czy też niezachwianych prawidłach oprzeć postępowanie lecznicze; doświadczenie osobiste i zmysł praktyczny są bez wątpienia nader ważne, ale jako pojęcia zbyt chwiejne i niepochwytne nie mogą być przedmiotem nauki. Jak widzimy, autor nie gardzi empiryją, ale wymaga wielkiéj ilości faktów i wtenczas dopiero trwałą przyznaje im wartość, gdy dadzą się zrozumieć i pogodzić bądź z teoryjami bądź z faktami fizyjologicznemi. Stanowisko jego jest stanowiskiem racyjonalnego empiryka: z faktów wysnuwa wnioski prawdopodobieństwa a za probierz służy mu fizyjologija. Ta ostatnia niewątpliwie daleko więcéj niż anatomija patologiczna dostarcza korzyści terapeutycznych, bo pierwsza obejmuje wszystkie sprawy żywego ustroju, gdy druga pewną tylko jego część roztrząsa i rozjaśnia. Rozpoznanie anatomiczne jest wprawdzie niezbędną i nieodzowną podstawą racyjonalnéj terapii, ale samo całéj téj podstawy stanowić nie może, bo zadaniem terapii winno być leczenie nie chorób lecz chorych.

Wszystkie sposoby leczenia dzieli autor na bezpośrednie (zapobieganie, leczenie zranień, usuwanie istot szkodliwych, które od zewnątrz do ustroju się dostały, wydalanie wytworów nieprawidłowéj czynności narządów, miejscowe leczenie dostępnych części ciała) i pośrednie, za pomocą których wywieramy wpływ na czynności i odżywienie narządów lub całego ustroju. Rozbiór i ocena tych ostatnich stanowią główną treść dzieła. Co możemy osiągnąć za pomocą wpływów pośrednich? Możemy jedynie wzmagać lub obniżać jego sprawy odżywcze, tj. zdołamy tylko ilościowo zmieniać sprawy życia, nigdy zaś jakościowo. Wszystko co potęguje czynności te lub odżywienie narządu jest czynnikiem ćwiczącym co zaś czynności te obniża i poskramia, stanowi wpływ ochraniający i oszczędzający. To też oszczędzanie i ćwiczenie snują się jak nić przez całe niemal dzieło, uwzględniając serce, płuca, nerki, żołądek, wątrobę i kiszki, mięśnie i skórę, układ nerwowy, przemianę materyi; wszędzie autor zastanawia się tu, czy i o ile wpływając na krążenie i stosunki odżywcze możemy potęgować lub poskramiać czynności narządów, ćwiczyć je lub ochraniać.

Ćwiczenie jest przeważnie pojęciem fizyczno-mechaniczném, nic więc dziwnego, że autor nader obficie uwzględnia fizyczne sposoby leczenia, które pojęciu temu najlepiéj odpowiadają. „Nie szukajmy specyjalnych leków, lecz szukajmy ogólnych warunków, które ćwiczą lub chronią czynności ustroju!“ Dla tego też autor wielki kładzie nacisk na mięsienie, hydroterapiję, klimatoterapiję, pneumatoterapiję, elektryczność.—Co należy rozumieć przez ćwiczenie? Jestto zastósowanie wszystkich środków i wpływów, za pomocą których zdołamy potęgować i wzmagać trwale sprawność narządów, w przeciwstawieniu do podniecania czyli drażnienia, które tylko przemijające wysilenie czynności tychże narządów sprawić mogą.

Trudniéj określić znaczenie oszczędzania i ochrony. Nie mogą one być równoznacznemi ze spoczynkiem, bo najprzód wiadomo, że liczne narządy bez istotnéj szkody dla ustroju nigdy całkiem spoczywać nie mogą (serce, płuca itd.), że dla innych narządów ciągła i nieprzerwana praca, nawet śród zupełnego pozornie spoczynku, jest nieodzownym objawem i warunkiem życia (układ mięśniowy), że dla jeszcze innych narządów (układ nerwowy) brak odpowiednich podniet i pracy jest wręcz zabójczym. Przez ochronę czyli oszczędzanie należy zatém rozumieć stawianie ustroju w tak korzystnych warunkach, w których ten lub ów narząd

[1]) Tablicę załączymy później, gdy mniejszy nawał materyjału na to pozwoli.

moglibyśmy uwolnić od nadmiernéj i zbytniéj pracy a ułatwić mu wykonywanie pracy koniecznéj.

W zasadzie możemy się zgodzić na tego rodzaju określenie wszelkich naszych zadań i zabiegów leczniczych, bo upraszcza ono w wysokim stopniu, w każdym niemal przypadku, postępowanie nasze. Ale trudno zataić trudności nieraz niezwalczonych, jakie praktyczne zastósowanie zasady téj nasuwać musi. Kiedy ćwiczyć i podniecać a kiedy oszczędzać i ochraniać? Oto pytanie, dla rozwiązania którego zbyt często niestety posiłkować się musimy analogiją, przekazaną tradycyją, zmysłem praktycznym lub intuicyją. Jestto niewątpliwie słaba, bo nienaukowa strona terapii. Odczuwa to sam autor dobrze, skoro na końcu dzieła (str. 432) ubolewa nad tém, że w wielu przypadkach cechujących się np. nadmierném podnieceniem albo też porażeniem i osłabieniem pewnych czynności, nie zawsze w pierwszym razie oszczędzanie, w drugim ćwiczenie, jakby się na pierwszy rzut oka zdawać mogło, do celu prowadzą. Wielekroć skrzętne dochodzenie, czy tego rodzaju objawy i przypady rozwinęły się na tle nadmiernych podniet czy porażeń, może nas naprowadzić na dobrą drogę, ale gdzie i to zawodzi, tam „często poznanie warunków życia, znajomość ludzi i bystrość więcéj znaczą niż największa uczoność.“ Widzimy, że umiejętna terapija kapituluje tu na korzyść (wyrażonego innemi słowy) zmysłu praktycznego, taktu itp. — A i to niezbyt się zgadza z duchem naukowéj terapii, jeżeli autor (str. 436) radzi w wątpliwych takich przypadkach próbować, tj. najpierw oszczędzać, a gdy to nie pomoże ćwiczyć. Trudno się bowiem zgodzić ze zdaniem, że i próbowanie jest postępowaniem racyjonalném; jest ono owszem szczerym empiryzmem, tylko że według autora ma się odbywać podług pewnego z góry powziętego planu lub systemu.

Uwag tych nie czynimy bynajmniéj celem obniżenia wartości dzieła, lecz aby uwydatnić, że do dziśdnia terapija w wielu rzeczach znacznie wyprzedziła patologiję, że i dziś jeszcze, choć nie po ciemku i omacku jak dawniéj, nieraz chodzić musi udeptanemi empiryi ścieżkami.

Nie mniéj trudno pociągnąć w każdym przypadku ścisłą granicę między tém, co ćwiczy a tém, co tylko podnieca i drażni; co dla jednego bowiem jest podnietą ćwiczącą a więc korzystną, to dla innego może być niekiedy bodźcem nadto drażniącym, a więc szkodliwym. Tu znów wchodzimy w sferę indywidualizowania, terapiję oddajemy na łaskę sztuki, zdolności osobistéj, bystrości umysłu, i chcąc podołać zadaniu lekarza, nie możemy się obyć bez „szczęścia.“ Indywidualność bowiem jest dziś jako dawniéj dla nauki zazwyczaj rzeczą niepochwytną, ocenę któréj pozostawić musimy zwykle zmysłowi praktycznemu lekarza. Co więcéj, w niektórych stanach chorobowych trudno w ogóle mówić o ćwiczeniu lub oszczędzaniu czegoś, dopóki patogenezy stanów tych nie rozumiemy, oraz dopóki nie poznamy doszczętnie fizyjologicznego zadania wszystkich narządów oraz wzajemnego ich między sobą stosunku czynnościowego. Ztąd też poszło np., że śledziona żadnego prawie w systemie autora nie znalazła miejsca, ztąd w rozdziałach o przemianie materyi musiał odstąpić od zasady ćwiczenia i ochrony a trzymać się jedynie objawów symptomatycznych i na nich opierać wskazania. (Dok. n.)

Klemperer: **Związek zachodzący między ropieniem a pasorzytami drobnowidowemi.**

W obec pojawiających się w ostatnich czasach zdań, opartych na dowodach doświadczalnych (Uskoff: *Virchows Archiv.* t. 86, s. 150. Orthmann: *Virchows Arch.* t. 90, s. 549. Councilmann: *Virchows Archiv* t. 92, s. 207. Rosenbach: *Uiber die Wundinfectionskrankheiten des Menschen.* Wiesbaden 1885, s. 6, 32), iż pewne środki chemiczne drażniące są w stanie wywołać ropienie bez pośrednictwa istot drobnowidowych, rozpisał Wydział lekarski Uniwersytetu w Berlinie nagrodę za pracę, któraby na drodze ścisłego doświadczenia roztrząsnęła przedewszystkiém działanie olejku krotniowego i terpentynowego na tkanki zwierzęce, uwzględniając zarazem wpływ innych składników z grupy środków drażniących. Prawie równocześnie z ogłoszeniem powyższego konkursu publikował J. Straus (*Comptes rendus hebdom. des séances de la société de biologie.* (Pos. z 15 grudnia 1883, s. 651) rezultat swoich doświadczeń, z których wynika, iż olejek terpentynowy, krotniowy i inne środki drażniące wywołują wprawdzie zapalenie, wśród którego jednak nie przychodzi do ropienia, a jeśli ono występuje, to jest zawsze wywołaném wtargnięciem ustrojów drobnowidowych.

Autorowi przypadło więc w udziale stwierdzenie jedynie wyniku osiągniętego przez Strausa, który poparty szeregiem dalszych doświadczeń tém więcéj zyskuje na sile prawdy, jakotéż wyśledzenie błędnych dróg i sposobów, które innym autorom były wskazówką do wręcz odmiennych zapatrywań. Używa jużto strzykawki według pomysłu Kocha urządzonéj, już też zwyczajnéj rurki szklanéj, o dolnym końcu wyciągniętym i zatopionym, górnym zaś szczelnie watą zamkniętym, które po wypełnieniu odpowiednim środkiem i należytém wyplenieniu opróżniał pod skórą zwierzęcia, lub też naśladując sposób Councilmana, polegający na wprowadzeniu pod skórę szklanych baniek wypełnionych olejkiem krotniowym lub terpentynowym, które dopiero następczo po zagojeniu się rany zadanéj w jakiś czas rozgniatał, przeprowadził Klemperer znaczną liczbę doświadczeń, których wynik okazał się zgodnym z rezultatem prób przedsięwziętych przez Strausa. Obok najściślejszéj dezinfekcyi rąk i wszystkich narzędzi użytych do zabiegów próbnych, mimo troskliwego oczyszczania pola operacyjnego nie podobna było zrazu ustrzedz się weiśnięcia mikroorganizmów, które wzdłuż kanału wkłucia wędrując, mąciły wpływ działania środków drażniących [1]). Przypalenie skóry przyrządem Paquelina w miejscu wkłucia i utworzenie przez przecięcie tkanek rozżarzonym nożem kanału, do którego wprowadzano dopiero cewkę strzykawki lub rurki szklanéj, wsuwając je po za obręb zmian dokonanych wysokim stopniem ciepła, jakotéż następowe zamknięcie kanału strupem przy pomocy termokauteru zdołały usunąć wadliwość z współdziałania mikroorganizmów wynikłą.—Ogółem wykonał Klemperer 47 doświadczeń i to z kwasami i alkalijami o różném zgęszczeniu, z kantarydynem, olejkiem gorczycznym, naftą, olejkiem terpentynowym, krotniowym i rtęcią metaliczną, a na podstawie tychże przychodzi do przeświadczenia, że bodźce chemiczne, nawet najwięcéj drażniące, nie są w stanie wzbudzić ropienia, które wyłącznie ustrojom drobnowidowym zawdzięcza swoje po-

[1]) Już Koch w pierwszym tomie sprawozdań z cesarskiego urzędu zdrowia wspomina, że na przekrojach skóry i głębszych tkanek udało mu się wyśledzić pod mikroskopem ustroje drobnowidowe, które wzdłuż kanału wkłucia strzykawki dobrze sterylizowanéj od zewnątrz w głąb się szerzyły, a które następowo dopiero w kanał powyższy się dostały. (*Przyp. Sprawozd.*).

wstawanie. Natomiast wywołują środki chemiczne zapalenie nieropne, którego stopień i natężenie zawisły od wprowadzonego podskórnie środka i od ilości tegoż.

Kwasy, jakoto kwas siarkowy (10% i 50%), kwas octowy (10%—25%), olejek gorczyczny (2·0:10·0 *Ol. Olivar.*), kantarydyn (*Tinct. canthar.* 5·0 *Aq. destill.* 20·0) i nafta wzniecają zapalenie surowicze mniéj lub więcéj silne. Wstrzykiwania olejku terpentynowego wywołały bądźto zapalenie surowicze już téż po większych ilościach olejku terpentynowego sprowadzały t. z. nekrozę koagulacyjną, która wspólnie z zapaleniem włóknikowém dawała charakterystyczny obraz makroskopowy i drobnowidowy. W tych razach, gdzie wystąpiło ropienie, a które już klinicznie różniły się od poprzednich (wyższą ciepłotą zwierzęcia do 41·2 dochodzącą, pojawieniem się w miejscu obrzęku zapalnego wyraźnego chełbotania), wykazać można było w wypuszczonéj ropie mikroorganizmy, których przeszczepianie na agar w kilku przypadkach uwieńczone skutkiem, w innych zawiodło, prawdopodobnie, jak przypuszcza autor, skutkiem rychłego obumarcia ustrojów w ropie. Wyhodowany w ten sposób mikroorganizm przedstawił się jako *coccus* różny przecież od ropnych koków Rosenbacha, pod względem zachowania się w hodowlach i niewywołujący bezpośrednio ropienia po przeszczepieniu go do ustroju zwierzęcego.

Olejek krotniowy zachowuje się pod względem działania na tkaniny w sposób podobny. I tu również występuje zapalenie surowicze lub włóknikowe w obec nekrozy koagulacyjnéj, sprowadzonéj obumarciem tkanki w miejscu bezpośredniego zadziałania silnego środka drażniącego. Wprowadzona podskórnie rtęć wzniecа zapalenie włóknikowe z wytworzeniem śród tkanek charakterystycznych błon, zasianych licznemi połyskującemi kulkami rtęci. Tam, gdzie przyszło do ropienia, wykazać można było w ropie ustroje drobnowidowe, a hodowle wydały opisany wyżéj mikroorganizm.

Śród antyseptycznych ostrożności powtórzone doświadczenia Councilmana z wprowadzeniem pod skórę baniek szklanych napełnionych olejkiem krotniowym stwierdziły działanie w inny sposób zastósowanego olejku krotniowego. Po zgnieceniu wgojonych należycie baniek rozwinęło się zapalenie włóknikowe z nekrozą koagulacyjną, a powstałe jednorazowo ropienie dotyczyło przypadku, gdzie wgojona bańka nie uległa zmiażdżeniu, gdzie przeto nie można położyć ropienia na karb uwięzionego olejku, ale odnieść należy do obficie napotkanych w ropie mikroorganizmów, które w czas jakiś dopiero po zagojeniu się rany zewnętrznéj rozwinęły swoje działanie ropno-twórcze.

Stwierdziwszy tedy na podstawie własnych i poprzednio już przeprowadzonych doświadczeń mikroorganizmowy początek dla sprawy ropienia autor zastanawia się w końcu swéj pracy, czy odrębne cechy tego rodzaju zapalenia dają się wytłumaczyć właściwością przyznanego mu momentu etyjologicznego. Znaczniejsze wynaczynienie ciałek białych podczas ropienia szerzenie się sprawy zapalnéj i zajęcie częstokroć całego ustroju, kładzie autor na karb cech żywotnych istót drobnowidowych, które wydzielając pewien nieznany bliżéj jad, wzniecający zapalenie, szerzą się wzdłuż naczyń i przenoszą go w dalekie często okolice. Rożnicę jakościową sprawy ropienia, tj. niekrzepnienie wypociny mimo znacznéj ilości ciałek białych w niéj zawartych i odpowiedniego osocza, odnosi do braku istoty włóknikotwórczéj, przypuszczając, że składnik ten białkowaty pierwotnie w przesączonéj cieczy zawarty przeobrażony został działaniem koków w pepton. Przypuszczenie zaś swe opiera na zdolności koków do zamieniania białka w pepton, jak to wykazał Rosenbach (l. c.) jakoteż na zawartości większéj ilości peptonu w ropie według poszukiwań Hofmeistra (*Zeitschrift f. physiol. Chemie* Bd. 4. S. 268). (*Zeitschrift f. klinische Mediz.* X. *Band. Erstes u. Zweit. Heft*). *Dr. Bossowski.*

Mac Cormac: **Wydobycie odłamka kleszczy do zębów z prawego głównego oskrzela.**

Choréj 24-letniéj wyrwał przed 7 tygodniami dentysta w narkozie chloroformowéj kilka zębów wypróchniałych i kilka korzonków. Podczas rwania górnego prawego 2go dwuguzikowego zęba odłamał się wewnętrzny ząb kleszczy do tego użytych. Chora poczyniła kilka głębokich wdechów, poczém odszczep kleszczy wtargnął przez szparę głosową do tchawicy. Wnet wystąpił silny kaszel, sinica, duszność i ból ściśle odnoszony do miejsca położonego 1 cal na prawo od przyczepienia żebra prawego trzeciego i czwartego do mostka. Ułożenie choréj z głową ku dołowi zwieszoną i podanie środków wymiotnych nie poprawiły stanu choréj. W ostatnich dniach utrzymywał się jeszcze silny bardzo kaszel, a wystąpiły krwawe plwociny, silne bóle i wyraźne uczucie ciała obcego w miejscu bolesném. Szczególnie ten ostatni objaw przemawiał za tém, iż odszczep kleszczy wklinował się w ścianę prawego oskrzela. Uśpiono tedy chorą i wykonano tracheotomiję, a otwarto tchawicę na długość 1½ cala. Wnet po otwarciu tchawicy chora poczęła silnie kaszlać, ciało obce pozostało mimo to w swojém miejscu. Autor wszedł kleszczami polipowemi przez ranę tracheotomijną do tchawicy a nie znalazłszy tu żadnego ciała wszedł następnie do lewego oskrzela głównego, lecz i tu ciała obcego nie napotkał. Dopiero przy obmacywaniu tém samém narzędziem oskrzela prawego doznawał zrazu niewyraźnego uczucia dotykania ciała obcego, pewności nabrał dopiero badając zgłębnikiem guzikowym. Oznaczył wtedy dokładnie położenie ciała obcego: znajdowało się ono 1½ cala poniżéj rozgałęzienia tchawicy, 4 cale poniżéj rany tracheotomijnéj. Po wielu nieudanych próbach dokonanych rozmaitemi narzędziami celem wydobycia tego ciała, po również bezskuteczném ułożeniu choréj z głową zwieszoną ku dołowi, udało się wreszcie autorowi wydobyć je cienkiemi kleszczami polipowemi. Wydobyty odprysk miał brzegi ostre, tnące, był cal długi, ważył 63 gramów, a tkwił tak, iż koniec jego ostry zwrócony był ku górze. Krwawienie było przy tém bardzo nieznaczne; zaszyto ranę tracheotomijną w całości; wygojenie nastąpiło zupełne. (*Lancet*, 1886, I, 1 p. Jan). *Dr. Gross.*

* Otrzymaliśmy uwagi następujące:

Opisując swój przypadek uwięźniętéj przepukliny utrzymuje Dr. Grünhaut, że udało się odprowadzić ją przez wywołanie parcia ujemnego wśród brzucha (Przegl. Lek. Nr. 24 rb.). Otóż tak ze stanowiska teoryi jakoteż i doświadczenia twierdzenie to okazuje się mylném. Przedewszystkiém bowiem należy pamiętać, że ściana brzuszna nie jest jednolitą, lecz z tkanin różnéj zbitości i naprężenia złożoną; a mianowicie tworzy ją skóra luźna tkanką łączną przyczepiona, oraz powięzie i mięśnie;—jeżeli więc stawia się suchą bańkę, to w próżnię jéj w pierwszym rzędzie, jako najpodatniejszy, wpadnie odciągnięty fałd skóry z tłuszczem i częścią tkanki podskórnéj, a reszta ściany mniéj podatna pozostaje niezmienioną, o czém każdy z łatwością przekonać się może. Przypuśćmy jednak na chwilę, że cała przednia ściana jest w istocie jednolitą, elastyczną, to jasną jest rzeczą, że bańka na części jéj postawiona wypełniłaby się

tą ostatnią kosztem pojemności brzucha, bo reszta ściany naprężyłaby się znowu bardziéj, przez co stosunkowo parcie śródbrzuszne pozostanie jednakiém albo nawet wzmódzby się musiało.

Dla wywołania obniżenia parcia wśród jakiejkolwiek jamy siłą działającą na powierzchnię potrzeba następujących warunków: albo cała powłoka otaczająca musi być całkiem niepodatną i mieć w sobie otwór, przez który możnaby działać na treść jamy, albo część ściany otaczającéj musi być do pewnego stopnia mało podatną dla przeciwstawienia oporu ciśnieniu powietrza zewnętrznego, druga zaś część musi być jednolitą, podatną, elastyczną. Czy ściany jamy brzusznéj dopełniają tych warunków w całości? Pierwszy warunek nie ma miejsca i nie jest też potrzebny. Co do drugiego to w istocie tylna ściana jest zbudowana odpowiednio, przednia zaś i boczna tylko w części, a to z powodu zbytniéj ruchomości podatnéj skóry, i gdyby koniecznie, choć w przybliżeniu, wypadło tu sprawić obniżenie ciśnienia śródbrzusznego, trzebaby działanie olbrzymiéj bańki rozciągnąć na całą przednią ścianę z oparciem o stalsze punkty na klatce piersiowéj, lędźwiach i miednicy.

Że zapatrywanie moje jest słusznem, dowodzi jeszcze doświadczenie, które w tych dniach wykonałem. W pokoju przytwierdziłem do ściany nieruchomo manometer rtęciowy, który połączyłem z wężem kauczukowym, ten zaś z rurą jelitową. Na stole przystawionym ułożyłem poziomo dziewczynę 21-letnią ze ścianą brzuszną elastyczną, mało podatną (niestety na razie nie miałem stósowniejszego osobnika dla doświadczenia); do poprzednio należycie wypróżnionéj i przepłukanéj odbytnicy wprowadziłem rurę z manometrem w związku będącą, podczas czego rtęć w obu ramionach była w równym poziomie. Następnie kazałem dziewczynie zająć położenie kolanowo-łokciowe, a potém kolanowo-pachowe nie wyjmując rury z odbytnicy, i w chwili, gdy wykonywając ruchy do celu zmierzające znalazła się w położeniu pionowém, manometr wykazywał zwiększone parcie śródbrzuszne (w ramieniu wolném rtęć się podniosła o 10 mm. opadając w ramieniu z rurą złączoném); dopiero w miarę pochylenia się dziewczyny dla zajęcia wskazanego położenia, manometr zaznaczył najwyraźniéj parcie ujemne (8 mm.), u osoby ze ścianą wiotką (a z takich właśnie najwięcéj rekrutują się przepukliny) ciśnienie ujemne z pewnością byłoby daleko znaczniejszém. Potém ułożyłem ją poziomo z podniesioną miednicą i nogami zgiętemi, jak się zwykle czyni przy użyciu enemy olbrzymiéj, i ze zdziwieniem odczytałem na manometrze zwiększone parcie śródbrzuszne (4 mm.).

Nareszcie w położeniu poziomém wznak postawiłem na brzuchu suchą bańkę ssącą 1½-litrową, i rtęć manometru pozostała nieruchomo w zupełnéj równowadze. W obec tego trudno się zgodzić na twierdzenie szanownego kolegi.

W przypadku przezeń opisanym nastręcza się natomiast przypuszczenie wielokrotném doświadczeniem poparte: że strach przed mającą nastąpić operacyją, przed czémś nieznaném a wydającém się pacyjentowi groźném, podziałał na zwolnienie tkanin i chory zwykłym sobie manewrem (a posiadają oni osobliwą w tém biegłość) przepuklinę wsunął, w czém jednostajne napięcie skóry około obrzmienia przez bańkę sprawione w pewnéj mierze było mu pomocą.

Dr. Orłowski

Prymaryjusz szpit. powsz. w Przemyślu.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 19 lutego 1886 r.

Obecni koll. Kaczorowski, Świderski, Zielewicz, Jarnatowski, Grodzki i Wicherkiewicz.

Przewodniczy kol. Kaczorowski.

Kol. Kaczorowski wygłosił obszerny a wyczerpująco opracowany referat „o środkach przeczyszczających jelita“, dodając na zakończenie zarys doświadczeń swoich nad znakomitą własnością wypróżniającą żwiru. (Odczyt umieszczony w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi nad przedmiotem zabiera głos: kol. Wicherkiewicz, który podnosi skuteczność cukru mlekowego, który brany po łyżce stołowéj w mleku albo w wodzie letniéj na czczo, sprowadza lekkie wypróżnienia i w krótkim zazwyczaj czasie w ogóle je reguluje; głównie środek ten okazuje się skutecznym u mężczyzn. — Kol. Zielewicz sądzi, że żwir działać może skutecznie tam mianowicie, gdzie z obawy o wywołanie ruchów robaczkowych, chcąc uniknąć podrażnienia otrzewny, zwykle wstrzymujemy się od podawania środków przeczyszczających. — Kol. Kaczorowski mniema atoli, że i w tych razach, jak w ogóle żadnych środków przeczyszczających, nie podawałby także i żwiru, który mechanicznie drażniąc wywołuje ruchy robaczkowe — Kol. Jarnatowski zapytuje, w jakiej postaci i pod jaką nazwą prelegent podaje środek swój. Mniema bowiem, iż ochrzczenie tegoż byłoby koniecznem, celem usunięcia w praktyce prywatnéj wstrętu do środka tak pospolitego. — Kol. Kaczorowski odpowiada na to, że nie robi żadnéj tajemnicy przy zastosowaniu żwiru i przekonał się, że chorzy doznawszy błogiego skutku, wkrótce oswajają się ze środkiem tym i jego nazwą. — Kol Świderski protestuje przeciwko nazywaniu chleba śrótowego chlebem Grahama, gdyż na własności tegoż chleba zwrócił pierwszy uwagę Marcinkowski, jego więc nazwą chleb ten oznaczać wypada.

Następnie przedstawił Wicherkiewicz 46-letniego chorego, u którego znajduje się na prawém oku znaczna wada wrodzona w formie szpary tęczówkowéj, naczyniówkowéj i ciała rzęskowego. Bliższy opis tego przypadku wyjdzie niebawem drukiem.

W końcu przyjęto jako kandydatów na członków Tow. Przyj. Nauk pp. Dra Putyatyckiego z Leszna, Dra Górnego z Murowanéj Gośliny i Dra Skóraczewskiego z Miłosławia.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

IV.

Obszerne przestrzenie noszące dziś nazwę Persyi są zamieszkałe przez ludność, która tak swém pierwotném pochodzeniem jak i językiem, swém wyznaniem, temperamentem i zwyczajami uwydatnia bardzo ciekawą różnicę w każdym ze swych etnograficznych odłamków. W rozwoju swego historycznego bytu przy dawnym azyjatyckim popędzie rozszerzania swych posiadłości podbojami słabszych czy też ustępujących już z dziejowéj widowni plemion, potęga perska zaznaczyła swe granice znacznie daléj aniżeli to ma miejsce dzisiaj. Rzucając sąsiednie szczepy pod stopy swych bohaterskich zwycięzców, rujnowała ich ustrój, niszczyła rodowość, przebrażała w głuchy step kwitnące niegdyś prowincyje, aż wreszcie, skończywszy niejako kres swéj wiekowéj działalności, zamknęła się w daleko szczuplejszych granicach. I dzisiaj jak każdy naród, co dzięki nieubłaganemu fatalizmowi historycznych zdarzeń, wyczerpawszy swe siły pierwéj czy późniéj staje się pastwą potężniejszych sąsiadów, tak też i perska ludność ulega i miesza się ze szczepami napływowych plemion, nadciągających tu gromadami, aby

powolném lecz wytrwałém wpajaniem się w miejscowy ustrój skorzystać z rozstroju sił życiowych i co rychléj znieść to wszystko, co pozostało jeszcze z dawnych tradycyjnych typów.

Dla przekonania się zaś, jak jest rozmaitą ludność składająca poddanych „Szahyn-Szacha" (króla-królów), jak różne przedstawia cechy w swym temperamencie, skłonnościach i zwyczajach, tych głównych odcieni miejscowego bytu, mogących interesować lekarza-turystę, dość jest przypatrzyć się tym masom ludności przebiegającym bazary Teheranu, owego grodu platanów, topoli i wierzb, jednoczącego w sobie wszystko, co zdumiewa i odstręcza zarazem. Oto służę czytelnikowi do tak zwanego Seb-i-Majdan, placu poprzedzającego tutejsze bazary, gdzie właśnie prócz magazynów europejczyków awanturników, przedających oczywiście bardzo drogo rozmaitą broń, łokciowe malowidła, mozaiki, puszki amerykańskich konserw, drobiazgi germańskiego przemysłu wyłącznie przygotowane dla Wschodu, spotkamy jeszcze przedmiot będący treścią tego rozdziału, mianowicie typy ludów przybyłych tu z najrozmaitszych okolic kraju. Pierwszy zaś obrazek, jaki najprzód zwróci na się naszą uwagę, sąto długie szeregi karawan złożone z wielbłądów i mułów, bez przerwy i w rozmaitych kierunkach przeciągające przez plac. Towarzyszący im przewodnicy, ludzie wyniszczeni trudami, okryci perkalową szatą w biodrach ujętą rzemiennym pasem, z głową okrytą cylindryczną wojłokową kapą, sąto mieszkańcy Buchary, przywożący wyroby jedwabne, nasienie jedwabników lub motki surowych jego pasm i owinięte w wojłok zwłoki swych zmarłych. Daléj przesuwają się Tatarzy, strojni w barwne i kosmate papaki, oddający się wyłącznie prawie przewozowi towarów wielbłądami i przyciągający tu z Kurdystanu, przywożąc piękne dywany, nieraz tańsze od naszych najprzedniejszych papierowych obić. Obok Arabi z pogranicza Iraku, chrześcijanie i muzułmanie okryci szarym z wielbłądziéj sierści płaszczem, z głową owiniętą w modrą lub czerwoną Kiefie, z lancą trzcinową w ręku lub tylko z wiśniowym podróżnym kosturem, wyróżniający się od innych swém weselszém usposobieniem, gadatliwością i zahartowaniem niemającém granic. Pośród tych grup przesuwa się zręczny jeździec, w którym po turbanie srebrną frendzlą spadającym na ramiona, małym łukowatym nosie, po czarnym stroju i smutnym lecz dumnym wyrazie twarzy, ze strzelbą o dawnéj skałce, z krzywą szablą, z tarczą nabijaną srebrnemi guziczkami i z dziwacznéj formy sztyletem, rozpoznamy Awgana, ufnego w swą niepodległość, to też tylko ze wstrętem spoglądającego na wszystko, co go otacza. Obok obywatel z Meru, ze spojrzeniem dzikiém i zdradliwém, przechadza się z mieszkańcem Heratu, okrytym w płaszcz z różnokolorowych tkanin, dziwacznie wyglądający przy żółtéj znowu jedwabnéj szacie Gebrów. Spotkamy daléj poważnym krokiem postępującego Turka z okolic Tabryzu lub Hamadanu; gorala z Katabagu, mieszkańca Gialanu w czerkieskim stroju, rozmaitych Khanów po ubiorze i otoczeniu zapewniających o swéj feodalnéj potędze; typy koczujących Ilyatów, Baktyari, pogardzanych przez prawowiernych Susmantów; bogatych Kurdów w pełnych fantazyi karmazynowych lub białych płaszczach z arsenałem broni i zarozumiałością w butną odwagę, nienawistnych dla innych, choćby pokrewnych sobie plemion, unikających otarcia się nawet o takiego mieszkańca Lurystanu, wyróżniającego się znowu od innych swą długą brodą, modrym płóciennym strojem i tradycyjną niechlujnością. Pośród tych rozmaitych typów, przycupnięty przy drzwiach domów lub przy progu większych magazynów, występuje jeszcze typ tutejszego Ormianina, pod szatą pokory ukrywającego wielki zasób chytréj przebiegłości, obcemu rekomendującego się jako Issawi (chrześcijanin), stale rywalizujący o pierwszeństwo z Semitą, tutaj nadzwyczaj czynnym, usłużnym i gotowym wszystko nabyć, wszystko sprzedać, byleby tylko z korzyścią. W pewnéj oddali od podanych typów, uderzy nas strój czerwony i oryginalne okrycie głowy, składające się z okrągłéj wojłokowéj czapeczki, opatrzonéj w grelotki, wstążki i pióra pawie. Sąto tak zwani Shaters czyli laufrzy królewscy, czekający na ukazanie się dworskiéj karety, aby ją poprzedzić waryjackim biegiem i krzykiem. Wreszcie mieszkańcy z Ardebilu posiadający odwagę Kurda i chytrość Tatara, w najrozmaitszych strojach, stosownie do osobistéj fantazyi każdego, stanowią przyboczną straż Szacha, do któréj należą i najrozmaitsze jeszcze inne typy: pułkowników europejskich, książąt turkomańskich, potomków proroka zaznaczonych noszeniem modrego turbana i całéj gromady starszych i młodszych kuzynów po kądzieli, owych rozmaitego stopnia i dostojeństwa Szach-Zade, stanowiących oddzielną kastę i rzecz szczególna, dających największy kontyngens chorych i niedołęgów. W tym prawdziwym kalejdoskopie stolicy perskiéj nie brakuje i kobiet. Jedne z nich przechadzają się pieszo, oczywiście zawsze mając pewien interes do załatwienia. Inne damy dystyngowane używają białych mułów lub osiołków, które dosiadają z całą męską swobodą i odbywają dalsze spacery, starając się nie okazać najmniejszego znużenia, bo raz zdradzone, na długo byłyby pozbawione przyjemności przejażdżki konno.

Z całego szeregu powyższych typów ludowych interesującemi dla nas pozostają jedynie dwa odszczepy, aryjski i turański, dzisiejsi mieszkańcy północnéj i południowéj Persyi. Na północy też mieszkańcy są pochodzenia turkomańskiego (Turkis). Na południu przeciwnie dominuje dawny typ aryjski (Farsis). Turkomani w Persyi zachowali dotąd charakter narodowy. Bardziéj odważni i szczersi od południowców charakteryzują się jednak słabszym rozwojem władz umysłowych. Cechą ich temperamentu są popędy gwałtowne lecz trwałe, łatwość decyzyi, dumna zarozumiałość i upór. Pod względem szczegółów etnograficznych mają oni powłoki skórne ciemne, nieco żółtawe, włosy czarne, gęste i twarde, oczy duże, wyraźnie ciemne lub czarne, mięśnie wybornie rozwinięte, formy ostre, układ kostny silny; główne narządy energicznie spełniające swe czynności, wątroba rozwinięta, trawienie łatwe i niezrażające się rodzajem bardzo pospolitych zwykle pokarmów. Do téj kategoryi należą mieszkańcy całego Azerbejdzanu, Kurdzi właściwi i plemiona im pokrewne rozsiadłe w Lurystanie, a także ludność okolic Hamadanu i Sułtanobadu.

Mieszkańcy południa nie przechowali typu dawnych Farysi. Podboje arabskie i mongolskie wprowadziły do ich rasy krew semicką i turańską i tento wpływ pozostaje bardzo widocznym w charakterze i temperamentach mieszkańców tych okolic. To też sąto zwykle indywidua o ustroju wątłym, suchym, z mięśniami źle rozwiniętemi, wyrazem twarzy chudym, bladym, wyjątkowo tylko wyrazistym, z czołem wysokiém, ruchami szybkiemi i gwałtownemi, skłonnością odczucia silnych wrażeń i ze zmianami, raz cechującemi niezwykłą energiję, to znowu wysoki stopień obojętności i wstrętu do bardziéj nużących zajęć. U nich siła i działalność narządu płciowego jest rozwiniętą do wysokiego stopnia. Dojrzewanie, potęga uczuć i inteligencyja rozwijają się bardzo wcześnie, będąc niejako przyczyną niepozostawiające

czasu na wyrobienie potrzebnego zasobu sił, aby się módz oprzeć działaniu wpływów tak fizyjologicznych jak i patologicznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Kilka uwag nad wynagrodzeniem lekarzy sądowych w Austryi i w innych państwach.

Gutta cavat lapidem . . . .

(Dokończenie. Patrz Nr. 24).

W obec postanowień taryfy z r. 1855, upokarzających dotkliwie godność stanu lekarskiego, zwłaszcza w szczegółach dotąd omówionych, nie brakło ze strony rzeczoznawców sądowo-lekarskich porywów oburzenia i wysiłków, aby w drodze prawnych zażaleń wnoszonych do ministerstwa sprawiedliwości, a nawet do najwyższego trybunału, upomnieć się o krzywdy systematycznie wyrządzane, lecz zażalenia te niestety zazwyczaj tylko wręcz przeciwny odnosiły skutek, zamiast bowiem polepszać byt lekarzy sądowych, coraz to bardziéj go pogarszały, ministerstwo bowiem, krocząc coraz to daléj na raz obranéj drodze przesadnych oszczędności, wydawało rozporządzenia, którym brak nieraz ściśle umiejętnego uzasadnienia pod względem sądowo-lekarskim, lecz nie brak trafności pod względem misternie zarządzanych oszczędności. Wspomnę tu tylko o reskrypcie c. k. Ministerstwa sprawiedliwości z dnia 21 lutego 1879 L. 2206, który poucza, iż samo przedsięwzięcie bez przeszkody próby płucnéj na to wskazuje, że sekcyjonowane zwłoki nie mogą być uważane jako zgniłe w myśl taryfy należytości rozporządzenia ministeryjalnego z dnia 17 lutego 1855 d. pp. N. 33", a co do przyznawania należytości za osobne orzeczenia (dodatkowe) obostrza jeszcze przepisy dozwalając tylko wyjątkowo w razie szczególnie powikłanych i trudnych okoliczności, wymagających studyjów i namysłu, oddania orzeczenia w kilka dni późniéj i zarachowania wówczas osobnéj za to należytości, zazwyczaj nieprzekraczającéj kwoty 2 fl. 10 ct. w. a. — Co do postanowienia o próbie płucnéj, to rozporządzenie powyższe krytyki umiejętnéj wytrzymać nie może, pomimo bowiem zgnicia powłok zewnętrznych i pojawienia się na nich pęcherzy skutkiem zgnilizny w stopniu najwyższym, płuca mogą wytrzymać jeszcze próbę płucną i przedsięwzięcie téjże może być z korzyścią dla toczącego się śledztwa dokonaném, jak to codzienne doświadczenie lekarskie poucza; jeden fakt przeto drugiemu nie przeszkadza, a w tym przynajmniéj przypadku chęć oszczędności naukowo uzasadnić się nie daje.

Jeżeli postanowienia taryfy z r. 1855 w działach dotyczących czynności ściśle sądowo-lekarskich, tak w sprawach cywilnych jak i w postępowaniu karném, zawierają tyle rażących i wprost niesłusznych i krzywdzących postanowień, to cóż mówić o wynagrodzeniach lekarzy chirurgów, tudzież czynności położniczych z polecenia sądowego przedsięwziętych, jeżeli za jednorazowe odwiedziny lub zbadanie stanu zdrowia przyznaje taryfa od jednéj osoby kwotę 17½ centa, a chirurgowi 9 centów, a jeżeli równocześnie było więcéj niż 6 osób w jednym zakładzie badanych lub leczonych, to lekarz ma otrzymać tylko po 9 centów, chirurg zaś zaledwie po 4 centy; gdzie za zastosowanie cewnika u kobiet taryfa przyznaje 53 centów, a u mężczyzn tylko 25½ ct., za badanie części płciowych kobiet również tylko 17½ centa, za zeszycie rany 35 centów, za opatrunek rany 17½ centa, za pierwszy opatrunek przy złamaniu kości lub zwichnięciu 3 fl. 15 ct., a za powtórny opatrunek znów tylko 17½ centa, a jedynie tylko za amputacyję ramienia, uda, ręki lub nogi uzyskać można 10 fl. 50 ct. i za krwawe wprowadzenie uwięzgłéj kiszki takąż samą kwotę.

Należytości te okażą się wprost niemożebnemi, jeżeli się tylko uwzględni, że najuboższy włościanin za zwykłe badanie płaci w domu u lekarza 40 do 50 centów, a najmniejszy rękoczyn opłaca kwotą 4 do 5 razy wyższą, niż to powyższa taryfa przyznaje. — A jakżeż jaskrawo odbijają od powyższych należytości postanowienia taksy lekarskiéj ustanowionéj przez węgierskie ministerstwo spraw wewnętrznych, które za *visum repertum* lub świadectwo lekarskie wydane na żądanie osoby prywatnéj ustanawia należytość w kwocie 5—6 złr., za sekcyję od 10—25 złr., za operacyje chirurgiczne od 10—25—50 złr., a za wizytę lekarską od 1—2 złr. w. a.

Pokrótce zestawiłem tutaj najważniejsze szczegóły przestarzałéj taryfy z r. 1855 i o ile można w świetle bezstronném starałem się wykazać krzywdzące nas postanowienia téjże; pocieszać się zaś nam wypada, że połączonym usiłowaniom, tak wszystkich lekarzy, od których ustawa wprost żąda pod zagrożeniem dotkliwą grzywną spełniania mozolnych obowiązków rzeczoznawców sądowo-lekarskich, połączonych z ciężką odpowiedzialnością, jakoteż i bezstronnych osób z sfer sądownictwa broniących praw obywateli w parlamencie wiedeńskim, uda się wyjednać rewizyję wszystkich szczegółowych postanowień staréj taryfy. Ze względu zaś na olbrzymie postępy w zakresie nauk lekarskich i trudniejsze dla tego stanowisko lekarzy sądowych, którzy na podstawie ostatnich wyników badań umiejętnych mają oddawać orzeczenia ściśle naukowo i wyczerpująco opracowane, ze względu na znaczne obniżenie się wartości pieniędzy w ciągu ubiegłych lat 30, oraz ze względu na uciążliwe stosunki terenu w okolicach górskich w niektórych krajach naszéj monarchii jakoteż przez wzgląd na stanowisko i powagę rzeczoznawców sądowo-lekarskich powinien rząd zmienić radykalnie postanowienia taryfy z r. 1855 i przywrócić prawo, dozwalające lekarzom sądowym używania osobnéj podwody. Sądzę, że lekarze sądowi zgodziliby się chętnie, gdyby rząd przyjął za normę taryfę obowiązującą w państwie niemieckiém i za czynności sądowo-lekarskie, a szczególniéj za dokonywanie sekcyj, wymierzył omówione już wyżéj należytości. Tym sposobem na polu od tak dawna leżącém odłogiem, a systematycznie niepoprawianém, lecz pogarszaném, uczynionoby krok ważny, krok najprostszéj sumienności i sprawiedliwego zadosyć uczynienia nieprzesadnym, lecz słusznym żądaniom ciężko pokrzywdzonych lekarzy sądowych. *F.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w maju r. 1886.

Tyfus brzuszny zmniejsza się stopniowo od początku kwietnia b. r., stwierdzono go w maju w 30 powiatach w 82 miejscowościach u 1988 chorych, z tych wyzdrowiało w ciągu miesiąca 1368 czyli 68·8%, umarło 97 czyli 4·9% (w kwietniu 6·5%, w marcu 10·1%), pozostało w leczeniu z końcem maja 523 (z końcem kwietnia 559) w 37 miejscowościach. Najwięcéj rozszerzonym był tyfus brzuszny w powiatach rawskim (10 gmin), bobreckim (7 gmin), lwowskim i tarnopolskim (po 6 gmin), żółkiewskim i gródeckim (po 5 gmin). Prócz powiatu tarnopolskiego,

wszystkie inne właśnie wymienione powiaty graniczą z sobą wzajemnie. Śmiertelność w ogóle była małą, a największa liczba przypadków śmierci zdarzyła się w jednéj gminie pow. lwowskiego; w tym téż powiecie największą liczbę przypadków choroby stwierdzono, prócz tego w 4ch gminach pow. czortkowskiego (209 chorych).

Tyfus plamisty od grudnia 1885 rozszerza się wprawdzie powoli lecz stale, w maju stwierdzono go w 23 powiatach w 44 gminach u 1336 chorych (w kwietniu tylko 906). Z tych wyzdrowiało 803 czyli 60·1% (w kwietniu 67·4%), umarło zaś 109 czyli 8·2% (w kwietniu 10·6%), pozostało z końcem maja 424 (w kwietniu 199). Najwięcéj był tyfus plamisty zarówno jak w kwietniu tak i w maju w powiecie brodzkim rozszerzonym, gdzie w 6 gminach 217 przypadków choroby stwierdzono, z śmiertelnością = 15·2%; w powiecie czortkowskim było w dwu gminach 154 przypadków choroby, z śmiertelnością 11%; także w sąsiednich powiatach drohobyckim, samborskim i rudeckim stwierdzono w każdym wyżéj 100 chorych. W miasteczku Błażowy w pow. rzeszowskim rozszerzył się tyfus plamisty dość nagle na 62 osób, przebieg jednak epidemii dotychczas jest łagodnym.

Tyfus powrotny stwierdzono w jednym domu w mieście Podgórzu obok Krakowa u siedmiu osób; przebieg łagodny.

Szkarlatyna, która z końcem kwietnia zdawała się zupełnie wygasać, ponownie w maju rozszerza się, a mianowicie w powiecie rzeszowskim, jasielskim, gródeckim i przemyskim. Z 388 leczonych w maju chorych wyzdrowiało 208 czyli 53·6%, umarło 57 czyli 14·7% (w kwietniu tylko 7·4%), pozostało 123 chorych (z końcem kwietnia tylko 40 chorych).

Błonica pojawiła się tylko w jednéj gminie.

Odra ponownie się szerzy, stwierdzono ją w maju w 27 powiatach w 70 gminach u 3472 chorych, z tych wyzdrowiało 2345 czyli 67·5%, umarło 176 czyli 5·1% (w kwietniu było 3061 chorych, z tych umarło 6·0%).

Także i krztusiec, kt´ ᵥ z końcem kwietnia był bliskim zupełnego wygaśnięcia, w maju przybrał ponownie większe rozmiary, i tak gdy z końcem kwietnia pozostało w trzech gminach 77 chorych, w maju przybyło do tego 548, a z ogólnéj liczby 625 leczonych chorych wyzdrowiało 192 czyli 30·7%, umarło 20 czyli 3·2%, pozostało z końcem maja 413 chorych w 9 gminach, przeważnie w powiecie łancuckim i gródeckim.

Dysenterya pojawiła się sporadycznie w dwu gminach dwu rozmaitych powiatów, lecz z końcem miesiąca wygasła zupełnie.

Ospa szerzy się od marca coraz bardziéj, w maju stwierdzono ją w 20 powiatach w 75 miejscowościach. Z 914 leczonych chorych (w kwietniu 838) wyzdrowiało 458 czyli 50·1% szczepionych i 124 czyli 13·6% nieszczepionych, umarło 52 czyli 5·7% szczepionych, a 92 czyli 10·1% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 99 szczepionych a 89 nieszczepionych. Najwięcéj rozszerzoną była ospa w powiecie żywieckim, w którym w 14 gminach zdarzyło się 141 przypadków choroby a 14 śmierci, niemniéj w powiecie rawskim w 15 gminach 109 przypadków choroby a 13 śmierci; największa ilość zachorowania i śmierci zdarzyła się w powiecie sokalskim, w którym w 9 gminach było 175 przypadków choroby a 36 czyli 20% śmierci; w tym ostatnim powiecie wygasła jednak ospa prawie zupełnie, tak iż z końcem miesiąca tylko w jednéj gminie 7 chorych pozostało.

Lwów d. 16 czerwca 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.); z róży 2 (0 z. t,). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku duru brzusznego, 1 duru osutkowego i 1 róży. W tygodniu od 30 maja do 5 czerwca umarło z ospy: w Warszawie i Petersburgu po 1, w Wiedniu 3, w Pradze 4, w Wenecyi 2, w Zurychu 3, w Paryżu 6, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Odesie po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 85. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 14, w Londynie 12. Z odry umarło w Berlinie 10, w Paryżu 24, w Londynie 41, w Petersburgu 37. Z płonicy umarło w Paryżu 16, w Petersburgu 34. Z błonicy i dławca umarło w Berlinie 16, w Hamburgu 11, w Lipsku 9, w Paryżu 22, w Londynie 17. Z krztuśca umarło: w Paryżu 11, w Londynie 42.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,4; we Lwowie 38,4; w Drohobyczu 57,8; w Kołomyi 22,4; w Przemyślu 48,3; w Stanisławowie 22,9; w Tarnopolu 27,6; w Tarnowie 28,6; w Czerniowcach 37; w Opawie 47,5; w Warszawie 25,1; w Wiedniu 29,1; w Lincu 49,3; w Salcburgu 25,5; w Gracu 35,1; w Lublanie 32,4; w Tryjeście 29,1; w Insbruku 33,2; w Pradze 37,8; w Bernie 40,2; w Ołomuńcu 51,2; w Berlinie 24,7; we Wrocławiu 34,7; w Gdańsku 30,3; w Dreźnie 29,0; w Hamburgu 27,8; w Kolonii 28,4; w Lipsku 23,0; w Mnichowie 30,8; w Strasburgu 22,7; w Amsterdamie 23,2; w Bazylei 15,5; w Brukseli 21,4; w Budapeszcie 35,5; w Chrystyjanii 18,3; w Genewie 17,8; w Kopenhadze 26,0; w Londynie 19,8; w Odesie 23,5; w Paryżu 32,1; w Petersburgu 23,7: w Stokholmie 23,2; w Wenecyi 59,7; w Zurychu 32,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* Kraków d. 21 czerwca. Na posiedzeniu swém z d. 18 bm. Wydział lekarski U. J. wybrał dziekanem na przyszły rok szkolny prof. Browicza, poruczył zastępstwo w klinice chorób dzieci przez czas urlopu prof. Jakubowskiego Drowi Murdzieńskiemu i zamianował dotychczasowego demonstratora przy katedrze medycyny sądowéj Dra Schaittera asystentem przy téjże katedrze na 2 lata.

* Uproszony przez deputacyję studentów odwiedził temi dniami pan Rektor Uniw. Jagiell. zakład prof. Adamkiewicza, celem przekonania się o jego stanie Przekonał się téż, o czém wszyscy zresztą wiedzą oddawna, że w zakładzie, za drogie pieniądze pomieszczonym w domu prywatnym, a pierwotnie obliczonym na 35—40 słuchaczów, obecnie około 100 uczniów gnieździ się z największą oczywiście niewygodą dla siebie i dla profesora, tak że wykłady odbywać się muszą przy drzwiach otwartych, aby część uczniów przynajmniéj w korytarzu miejsce dla siebie znaleźć mogła. Jeżeli ten sposób wykładania praktykować się może w porze letniéj, to za tém nie idzie wcale, aby był możebnym i w porze zimowéj. Półrocze letnie jakoś przejdzie, ale w półroczu zimowém liczba uczniów najprawdopodobniéj będzie jeszcze większą; jak wtedy profesor pogodzi obowiązek nauczania z niemożnością uczenia, na to pytanie niechaj odpowie, kto może. P. Rektor wyszedł z najlepszą chęcią zaradzenia złemu, ale czy potrafi zaradzić, o tém wątpić należy. Przed pół rokiem Namiestnictwo poleciło szukać lepszego lokalu dla patologii ogólnéj; szukano a nieznaleziono. W miesiącu marcu Wydział wystosował podanie do Ministerstwa Oświecenia, przedstawiając konieczną potrzebę rychłego przystąpienia do budowy zakładu patologicznego na gruncie szpitala św. Łazarza stanąć mającego; otrzymawszy w Wiedniu wskazówkę, aby tymczasem sporządzono plany dla tego zakładu, dziekan w miesiącu kwietniu udał się do Namiestnictwa z prośbą odnośną, na którą dotąd niema żadnéj odpowiedzi. Obracamy się więc w kole błędném, z którego trudno znaleźć wyjście, a tymczasem cierpią uczniowie. Gdzieindziéj sprawa łatwiejsza; jeżeli niema miejsca dla uczniów, to wielka ich część, usprawiedliwiona w obec własnego sumienia, używa komocyi na świeżém powietrzu lub przepędza czas wolny w kawiarniach itp. zakładach pozauniwersyteckich. U nas, na chwałę naszych uczniów przyznać to trzeba, wszyscy prawie pragną się uczyć i słusznie domagać się mogą, aby im dana była sposobność do uczenia się. Czyż mamy koniecznie czekać, aż się potrzebą zmuszeni odzwyczają od uczęszczania na wykłady? *Caveant consules!*

Nie lepiéj się ma rzecz z zakładem anatomii patologicznéj, któremu brak nie tylko miejsca ale i wody, a tém samém zbywa na możności przestrzegania czystości, tak potrzebnéj w takim zakładzie.

Klinika chirurgiczna natomiast przynajmniéj za lat parę znajdzie odpowiednie pomieszczenie, albowiem z kompetentnego źródła otrzymaliśmy właśnie wiadomość, że sprawa zakupienia gruntu Morgensterna, uchwalona już przez Radę Państwa

temi dniami ostatecznie załatwioną zostanie. Jeżeli się zważy, że ta sama klinika chirurgiczna, która była odpowiednią w owym czasie, gdy do niéj uczęszczało kilkunastu zaledwie uczniów, wystarczyć musi i obecnie, gdy zapisanych jest uczniów 154, to dziwić się tylko trzeba wytrwałości i profesora i uczniów, którzy mimo ciasnoty i zaduchu nie tracą odwagi i chęci do pracy.

W obec tego pocieszającą jest wiadomość, którą właśnie otrzymujemy ze Lwowa, że Wydział krajowy postanowił prosić Sejmu o pozwolenie otworzenia w krakowskim szpitalu św. Łazarza oddziału ocznego na 24 łóżek, który pozostawać ma pod kierownictwem profesora okulistyki. Tym sposobem szpital dopełni się tak ważnym i potrzebnym oddziałem, a młodzież ucząca się korzystać będzie z nierównie większego niż dotąd materyjału.

* Jeden z kolegów zwraca uwagę naszą na inserat umieszczony w *Reformie*, w któréj ogłoszono konkurs na posadę lekarza miejskiego w Dobczycach a żądano od kandydata świadectwa „zdrowia, moralności i pełnoletności". Dziwneto zaprawdę wymogi!

(K.) Oprócz apteki p. Hermana Kahanego istnieje w Tarnopolu jeszcze druga apteka, która na receptach odbija stampilije niemieckie, a jest nią apteka p. Leona Fleischmanna. Mamy przed sobą recepty wystawione przez Dra Leiblingera dla wcale dobrze po polsku mówiącéj p. Haji Teitelbaumowéj, a mianowicie z dnia 26 maja br. L. 6352 i 6353, i z d. 28 maja L. 6414, a na każdéj znajduje się stampilija: *K. k. Kreis-Apotheke des Leo Fleischmann in Tarnopol*, i już poprzednio spotykaliśmy się często z tym samym napisem. Nie rozporządzając innym sposobem, aby nakłonić p. Leona Fleischmanna do większego poszanowania naszéj narodowości i naszego języka krajowego, postępowanie jego podajemy do wiadomości kolegów, a przedewszystkiém Sekcyi tarnopolskiéj Towarzystwa lek. galic.

Z niezmierną przykrością stwierdzamy również coraz to częściéj, że i wielu kolegów w Galicyi dobrze po polsku mówiącym chorym pisze na receptach sygnatury niemieckie. Jaki cel takiego postępowania — pojąć nie możemy. Dla zapobieżenia jednak, aby zwyczaj ten bardziéj się nie rozpowszechniał, ogłaszać będziemy pełne nazwiska tych kolegów, których niniejsza wzmianka nie poprawi.

* W Klosterneuburgu pod Wiedniem od początku czerwca panuje w batalijonie pijonierów choroby, występujące jużto jako zap. opon mózgordzeniowych jużto w postaci duru; w ogóle było dotąd 30 przypadków cięższych a 30 lżejszych zap. mózgordzeniowego, nie równie zaś więcéj przyp. duru brzusznego, tak że razem zachorowało 171 żołnierzy. Batalijon pijonierów umieszczony jest w koszarach nowych, higijenicznie urządzonych, a ponieważ i woda studzienna, zbadana przez Kretschmera, okazała się całkiem dobrą, zdaje się, że przyczyną téj epidemii jest bliskość ramienia Dunaju, do którego wszystkie kanały miejskie uchodzą. W batalijonie piechoty, gdzieindziéj umieszczonym, oraz pomiędzy ludnością cywilną dotychczas było zaledwie kilka przypadków obydwóch wspomnionych chorób. *(W. m. W.)*.

* W dniach 6—8 września rb. odbędzie się w Insbruku wiec stowarzyszeń lekarskich austryjackich, a w połączeniu z nim wiec ogólny lekarzy austryjackich.

* W gubernii orelskiéj umarła włościanka Maryja Pusavowa, lat 40 licząca, po powrocie z Paryża, gdzie leczoną była przez Pasteura z powodu ukąszenia przez wilka. Jestto druga osoba, u któréj postępowanie Pasteura okazało się bezskutecznem. Powróciwszy do domu jako uleczona zapadła na wściekliznę wybitną i umarła w szpitalu pod dozorem lekarskim.

* W Cieplicach czeskich było do d. 19 czerwca gości 2335, w Giesshüblu 140.

* **Lwów.** Dnia 1 lipca b. r. rozpoczyna Dr. J. Szpilman dla zamiejscowych kolegów dwutygodniowy kurs bakteryjologiczny. Ponieważ zgłosiła się dostateczna liczba uczestników z prowincyi, kurs przyjdzie do skutku. Koledzy, chcący wziąć udział w tym kursie, mogą się jeszcze zgłosić. Następny kurs odbędzie się dopiero w październiku lub listopadzie.

Na posiedzeniu swém z d. 18 bm. Wydział krajowy przekonawszy się, że na oddziale chirurgicznym lwowskiego szpitala powszechnego wyniki lecznicze w ciągu ostatnich 3 lat są lepsze od dawniejszych, wyraził uznanie swoje kierownikowi tego oddziału, Drowi Grzegorzowi Ziembickiemu i dwom jego pomocnikom Drom Sztembartowi i Latejnerowi.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Prof. nadzw. anatomii opisowéj w Uniw. niemieckim, Dr. Rabl, mianowany został prof. zwyczajnym. — Dziekanem na rok przyszły wybrany prof. Tomsa, wyborcami rektora: proff. Spina, Streng, Steffal, Maixner, członkiem Senatu Spina, zastępcami docentów: Michl, Nessl. — **Insbruk.** Na opróżnioną katedrę farmakologii Wydział lekarski proponuje terno następujące: 1) Maly, 2) Möller i Tappeiner, 3) Paschkis. — **Dorpat.** Prof. nadzw. w Heidelbergu Dr. Adolf Weil wybrany został zwyczajnym profesorem szczegółowéj patologii i terapii (liczy on lat 40). — Katedrę psychijatryi opróżnioną po Emminghausie, który przyjął powołanie do Fryburga, otrzymał Dr. Emil Kraepelin z Drezna.—**Wiedeń.** Radca dworu prof. August Breisky otrzymał katedrę po Späcie a prof. Gustaw Braun otrzymał tytuł radcy dworu.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Kazimierz Bogdan Piątkiewicz z Tarnopola, Maksymilian Mosler z Birczy i Michał Stan. Świątkiewicz z Zarzecza w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Giesshübln umarł prof. medycyny w Wydziale niem. w Pradze, Dr. Kaulich, dyrektor szpitala dzieci Franciszka Józefa, licząc lat 56. Zmarły był czynny także w wiecach lekarskich. — W Bernie umarł fizyk miejski i prezes rady sanitarnéj Dr. Boner.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Heringa: Kwas mleczny jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych towarzyszących t. zw. suchotom krtani (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Sękowskiego: Wziernik maciczny i rurka okienkowata prof. Bandla; Krausego: Dwa przypadki zgorzeli narządów płciowych zewn. u mężczyzny; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.); Heimana: Kilka słów z powodu artykułu Dra Góranowskiego p. t. Przypadek szankra w uchu średniém. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 11, 12: Kijewskiego: Promienica.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 257.

KONKURS

na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiéj rozpisuje się niniejszém, począwszy od 1 Lipca rb.

Ubiegający się zechcą wręczyć podania swoje podpisanemu dziekanowi do dnia ostatniego Czerwca rb.

Kraków d. 17 Czerwca 1886.

Prof. Blumenstok.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Gologórach z roczną płacą 300 złr.

Bliższéj wiadomości udziela

Adolf Wujcicki
Naczelnik gminy.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 lipca 1886. Nr 27. Rok XXV.

I. Z oddziału i kliniki prof. Madurowicza w Krakowie.

Przypadek wyleczenia torbiela jajnikowego po nakłuciu; drugi, po dobrowolném pęknięciu.

Podał Dr. Jan Rosner,
asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj.

Wykładem niniejszym nie zamierzam wcale, jakby się to wydawać mogło, występować przeciw doszczętnéj operacyi torbieli jajników, która dzięki antyseptyce, ulepszonéj i ciągle ulepszanéj technice operacyjnéj, zyskała już powszechne prawo obywatelstwa nawet w przypadkach takich, w których dawniéj najodważniejszego odwaga opuszczała i nóż mu z ręki wytrącała. Każdy nieuprzedzony przyznać jednak musi, że i dziś jeszcze zajść mogą pewne okoliczności, które ów zbawienny rękoczyn, jakim jest owaryjotomija, usuwają na plan drugi, a natomiast każą powracać do dawnego, palijatywnego środka, jakim jest nakłucie torbiela przez powłoki brzuszne. Zasady powyższéj gorąco bronił Spencer Wells na posiedzeniu sekcyi ginekologicznéj w Kopenhadze w r. 1884, stając w sprzeczności z Knowsleyem Thorntonem, który w wykładzie o owaryjotomii gorąco przemawiał przeciwko punkcyi, utrzymując, co już zresztą poprzednio i inni, a mianowicie Stilling udowadniał, że punkcyja torbieli jest zbrodnią, wytwarza bowiem niebezpieczeństwa dla póżniej przedsiębrać się mającéj operacyi doszczętnéj. Na poparcie zdania Spencer Wellsa przytoczył w tymże samym roku Singer, operator z Miskolcza (*Wiener med. Presse*, 1884, Nr. 44), przypadek z praktyki prywatnéj, dowodzący, że twierdzenie kategoryczne Thorntona jest nieuzasadnione i że na odwrót zaniechanie punkcyi w pewnych razach stanowczym byłoby błędem.

Przypadek Singera, który w krótkości przytoczę, dotyczył panienki w kwiecie wieku, u któréj torbiel jajnika w przeciągu krótkiego czasu znaczne osiągnął rozmiary i u któréj rodzice żadną miarą na operacyję doszczętną zgodzić się nie chcieli. Gdy po 6 miesiącach wystąpiły objawy groźne ze strony przewodu pokarmowego i odżywienie podupadło a rodzice pomimo przedstawień na operacyję radykalną zgodzić się nie chcieli, wykonał Singer punkcyję obrzęku przez powłoki brzuszne, poczém cierpienie nie powtórzyło się pomimo przeciwnych zapewnień operatora, a w 1½ roku po operacyi nie było nawet śladu tegoż.

Nim przypadek powyższy był mi znany, zamierzałem opisać podobny, nie jako rzecz niebywałą ale w każdym razie budzącą ciekawość a wstrzymywał mnie od tego jedynie zamiar jak najpóźniejszego ogłoszenia, aby w ten sposób uwolnić się od możliwych zarzutów. Obecnie po 4ch latach niechaj mi będzie wolno wypowiedzieć również słów kilka w obronie punkcyi dziś powszechnie prawie porzuconéj i to z nadmienieniem, że w poczet jéj gorących zwolenników wcale się nie liczę.

Przypadek, w którym nakłucie torbiela i wypuszczenie treści dobre oddało mi usługi, a w którym nadto było ono jedynym sposobem wyjścia, był następujący:

W sierpniu r. 1882, t. j. w czasie, w którym w zastępstwie prof. Madurowicza kierowałem w szpitalu św. Łazarza oddziałem położniczo-ginekologicznym, przywieziona została na tenże oddział p. E. M., lat 40 licząca, zamężna z okolic Krakowa. Z anamnezy dowiedziano się, że regularność pojawiała się w odstępach czasu nierównych, a mianowicie co 2, 3 lub 4 tygodnie. Dawniéj trwała zazwyczaj dni 9 a obecnie od lat kilku dni 6. W młodości towarzyszyły jéj boleści, na jakie w ostatnich czasach uskarżać się nie może. Przed 12 laty chorowała przez 6 miesięcy na znaczne wzdęcie żywota, brak regularności i napady drgawek, objawy, które bez leczenia ustąpiły. Nie rodziła, poroniła raz jeden przed 17 laty w 2gim miesiącu ciąży. Początku obecnéj choroby podać nie umie. Uskarża się na nadmierne powiększenie i bóle brzucha, duszność, parcie i pieczenie przy oddawaniu moczu, zaparcie żywota a obok tego na

znaczny upadek sił, częste napady dreszczów z następową gorączką.

Przy badaniu wykazano stan odżywienia lichy, wychudnienie znaczne, wejrzenie anemiczne, a co najgłówniejsza upadek sił do tego stopnia, że chora o własnéj mocy poruszać się nie może. Tętno przyspieszone, drobne, nitkowate; ciepłota ciała podwyższona. Duszność znaczna zmusza chorą do zajmowania pozycyi na pół leżącéj. Odnogi dolne, zwłaszcza téż lewa, opuchnięte, bolesne przy dotyku. Brzuch nadmiernie powiększony, bolesny; powłoki chude, silnie napięte, gładkie, tu i owdzie widoczne świeże rozstępy skóry. Przez obmacanie stwierdzić można w jamie brzusznéj obrzęk wielkości macicy w końcu ciąży, silnie napięty, ruchomy, o powierzchni gładkiéj i granicach wyraźnych po stronie lewéj od góry. Odgłos wypukowy nad obrzękiem czczy; w okolicy lędźwiowéj lewéj i podżebrowéj po téj saméj stronie bębenkowy. Chełbotanie w obrzęku wszędzie bardzo wyraźne. Badanie wewnętrzne wykazało macicę prawidłową a sklepienie przednie wypuklone przez dolny odcinek obrzęku brzusznego. Na podstawie powyższych danych rozpoznano torbiel jajnika a ze względu na niezmierne osłabienie choréj, stan gorączkowy, i bolesność brzucha postanowiono po naradzie odbytéj z kilku kolegami wstrzymać się z owaryjotomiją i na razie ograniczyć się do ratowania choréj punkcyją obrzęku przez powłoki brzuszne. Rękoczyn wykonano po stronie prawéj w miejscu zwykłém, przyczém z początku wydobywała się ciecz brunatnawa, lepka, późniéj z ropą pomięszana, a w końcu prawie ropa czysta. Jamę torbiela wypróżniono do ostatniéj kropli, przyczém wyraźnie wykazać się dało zmniejszanie się i obniżanie ścian dość grubych obrzęku ku pachwinie prawéj, nad którą po skończonéj operacyi wybadano guz wielkości dobréj pięści, pochodzący od ścian zapadłych torbiela. Po operacyi zalecono choréj jak największy spokój, stosowanie okładów wysychających na brzuch a przedewszystkiém środki wzmacniające. W krótkim stosunkowo czasie stan ogólny polepszył się widocznie, bolesność brzucha, gorączka i puchlina odnóg ustąpiły i chora mogła wstać z łóżka. Przy wyjściu ze szpitala, w 3 tygodnie po operacyi, wybadano jeszcze nad pachwiną prawą guz wielkości pomarańczy, twardy, mało ruchomy, niebolesny, wychodzący z miednicy małéj, którego odcinek dolny wybadalny przez sklepienie prawe. Dzisiaj, po 4ch latach prawie, osoba ta zajmuje się skrzętnie gospodarstwem, czuje się zdrową a badana przed niedawnym czasem przez kol. Kwaśnickiego śladów guza brzusznego nie okazuje. Nie świadczy to jeszcze niewątpliwie o zupełném wyleczeniu, boć znane są przypadki, gdzie bardzo późno po punkcyi torbiel na nowo napełniać się zaczął i tak po 11 i 7 latach (Atlee), po 4 (Nott), z wielkiém jednak prawdopodobieństwem przypuszczać pozwala, że recydywa nie nastąpi.

Przypadków uleczenia torbieli jajników za pomocą punkcyi znanych jest sporo a Olshausen *(Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie)* przytacza szczegółowo dwadzieścia kilka dokonanych z pomyślnym skutkiem jużto przez powłoki brzuszne (Atlee, Sp. Wells, Southam, Panas itd.) jużtéż przez ściany pochwy (Olshausen, Clay, Sp. Wells, Récamier i inni). Wyleczenie następowało częściéj po punkcyi jednorazowéj, rzadziéj po kilkakrotnie powtarzanéj, łatwiéj w razach tych, gdzie miano do czynienia z torbielem małym, jednokomorowym i gdzie treść jego była wodnistą, ubogą w białko (torbiele przyjajnikowe itp.). Obok najprawdopodobniejszego uleczenia w przypadku opisanym zasługuje na wzmiankę jeszcze jedna okoliczność, która w ogóle nie często musi się zdarzać. Jak wiadomo, treść torbieli jednokomorowych w klinicznem słowa tego znaczeniu w nader tylko rzadkich przypadkach bywa ropną (o torbielach skórzakowych nic ma tu mowy). Obecność ropy tłumaczą zapaleniem wywołaném poprzedniemi punkcyjami lub sposobem mechanicznym (ucisk, skręcenie szypułki), a ostatni sposób tłumaczenia należy również odnieść do naszego przypadku, obrzęku bowiem, jak świadczy anamneza, nigdy poprzednio nie nakłuwano. Ropienie należy tedy w danym razie tłumaczyć rozpoczynającym stanem zapalnym ścian torbiela z następowém zapaleniem otrzewny. Czy kolejność nie była odwrotną, rozstrzygnąć nie umiem. Na to jedynie chcę zwrócić uwagę, że nakłucie torbiela w takich właśnie warunkach nie dawało wyniku pomyślnego a przynajmniéj w literaturze dostępnéj przykładu nie napotkałem. Że zapalenie ścian torbiela korzystnie wpłynąć mogło na ich zwiędnienie, przeistoczenie i wessanie po wydaleniu treści, przypuszczam.

Co się tyczy wskazań do punkcyi torbieli w celach leczniczych przez powłoki brzuszne lub przez pochwę (przez odbytnicę dawno zaniechana) to gdy przed niezbyt dawnemi laty sposób ten prawie wyłącznie znajdowal zastosowanie w obec torbieli jajnikowych, dziś ilość wskazań do punkcyi jest nader małą (o punkcyi próbnéj nie mówimy tu wcale).

Stanowić je zaś będą: 1) Torbiele przyjajnikowe z treścią wodnisto-płynną a ścianami cienkiemi. Nadmienić tu należy, że rozpoznanie torbieli przyjajnikowych jako takich na rozliczne napotyka trudności a najczęściéj jest wprost niemożebném. Z tego téż względu torbiele te zazwyczaj usuwane bywają doszczętnie. W obec pewnego jednak rozpoznania przemawiają za punkcyją stanowczo Schatz i Gusserow a to na téj podstawie, że torbiele tego rodzaju wielką okazują skłonność do obliteracyi po wypuszczeniu z nich płynu. Na owaryjotomiję w takich razach dość czasu wtenczas, kiedy punkcyje nie doprowadzą do celu.

2) Torbiele jajnikowe, które tworzą obszerne, wykazać się dające zrosty z otoczeniem, mianowicie z dnem miednicy, a wtedy zupełnie nieruchome lub obrzęki podotrzewnowe, w którychto razach wynik owaryjotomii, pomimo najściśléj przeprowadzonéj antyseptyki i wszelakich innych ostrożności zawsze za wielce wątpliwy uważać należy. Istnieją wprawdzie dowody, że organizm ludzki wiele, bardzo wiele znieść może a okazało się to również namacalnie w 2 przypadkach torbieli jajnikowych niedawno doszczętnie *per laparotomiam* w klinice prof. Madurowicza operowanych, w których ściany torbieli z otrzewną powłok brzusznych jak najściśléj na całéj przestrzeni były pozrastane, a oprócz tego z wątrobą, jelitami i siecią mniéj lub więcéj obszerne tworzyły związki. W obu tych przypadkach po nader mozolném odłuszczeniu ścian obrzęku i przerwaniu zrostów, pozostała w otrzewnie zwłaszcza powłok, jedna duża, mniéj lub więcéj brocząca rana, tak że operujący i widzowie mimowoli zwątpić musieli o życiu chorych. Pomimo tak ciężkich warunków obie chore po niezbyt nawet długiéj rekonwalescencyi, przeplatanéj objawami niezbyt groźnemi, wyleczone klinikę opuściły. A nawet obecnie znajduje się w klinice rekonwalescentka, która w zupełnie podobnych warunkach operowana, okazywała idealny przebieg pooperacyjny. Nie szukając tedy przykładów w literaturze obcéj, a opierając się jedynie na doświadczeniu w domu nabytém, przyjść musimy do przekonania, że zrosty nawet bardzo obszerne, przeciwwskazania do operacyi doszczętnéj stanowić nie mogą.

3) Stan ogólny choréj tego rodzaju, że każe dla operacyi doszczętnéj jak najgorzéj rokować a wymaga ze względów na groźne objawy jużto ze strony płuc lub przewodu pokarmowego, ze strony nerek lub macicy ciężarnéj jak najszybszego zmniejszenia objętości torbiela. W ten sposób usunie znaczniejsze wycieńczenie sił choréj owaryjotomiję na plan drugi, jak to właśnie w przypadku opisanym miało miejsce. Czy stan gorączkowy choréj w połączeniu z objawami innemi, zmuszający nas do spiesznego działania, nie powinienby dawać wyłącznie wskazania do punkcyi, rozstrzygnąć trudno, bo znane są przypadki, w których pomimo gorączki, podczas któréj wykonano operacyję doszczętną, wynik był pomyślny. Bezwarunkowo przemawiačby należało za punkcyją w tych razach, gdzie objawy groźne zkądkolwiek pochodzące natychmiastowego wymagają zabiegu, a gdzie równocześnie istnieją objawy niewątpliwe zapalenia otrzewny, jak to np. w przypadku naszym z pewnością stwierdzić było można. Znane są jednak przykłady, w których pomimo zapalenia otrzewny, wśród którego operowano doszczętnie, wynik był pomyślny (Sp. Wells, Keith, Péan, Teale, Schröder).

4) Przypadki, w których chora na operacyję doszczętną zgodzić się nie chce, a wskazaném jest z jakichkolwiek względów zmniejszenie objętości torbiela.

Przypadek drugi niemniejszą budzący ciekawość, który przy sposobności pokrótce opiszę, zdarzył się w klinice położniczo ginekologicznéj przed 10 laty. Dotyczył on młodéj choréj z torbielem jajnika lewego wielkości główki dziecka. Ponieważ owego czasu wyniki owaryjotomii nie były jeszcze tak świetne jak dzisiaj, a punkcyja była zabiegiem najczęściéj wykonywanym, przystąpił też prof. Madurowicz do nakłucia torbiela za pomocą trójgrańca. Ponieważ obrzęk okazywał znaczną ruchomość, zachodziła potrzeba ustalenia i przybliżenia go ku ścianie brzusznéj w kierunku miejsca dla punkcyi przeznaczonego. Podczas tych czynności przygotowawczych torbiel znikł nagle z rąk asystenta bez śladu. Nastąpiło tu pęknięcie ścian cienkich obrzęku i wylanie treści do jamy brzusznéj, gdzie ją perkusyją nad pachwiną lewą stwierdzono. Chora nie doznawała potém żadnych objawów nadzwyczajnych a nawet nie uskarżała się na ból a w następstwach późniejszych nie było również zapalenia ani nawet zadrażnienia otrzewny. W kilku dniach płyn został zupełnie wessany a przy wyjściu choréj z kliniki śladów obrzęku nie wykryto a i późniéj chora powyższa nigdy do kliniki się nie zgłosiła. Śmiało utrzymywać można, że torbiel w tym razie był przyjajnikowy, ponieważ tylko te torbiele miewają ściany tak cienkie, że po usunięciu z nich treści, śladu obrzęku wykazać nie można. Nie jestto jednakże regułą bez wyjątku. Przykładów dobrowolnego pęknięcia torbieli bez złych następstw napotykamy, zwłaszcza w dawniejszéj literaturze, nie mało, a w wielu razach nastąpiło w ten sposób wyleczenie. E. J. Tilt (*Lancet*, 1848) zestawił 34 przypadki, z których 20 miało przebieg pomyślny, w 4 nastąpiła recydywa a 10 zakończyło się śmiercią. Ten na owe czasy świetny rezultat po dobrowolnych pęknięciach wywołał nawet odrębną metodę operowania torbieli jajnikowych, wkrótce naturalnie porzuconą a polegającą na wypuszczeniu treści torbielowéj do jamy brzusznéj. W ten sposób operował Maisonneuve, Bonfils, Camus. Dobrowolne pęknięcie ścian torbiela wywołane być może różnemi przyczynami. I tak np. w przypadku Eagera wywołane ono zostało gwałtownemi ruchami tłoczni brzusznéj podczas wymiotów, w przypadku Carsona nastąpiło po skoknięciu, w przypadku Leberta po poślizgnięciu. Nie mało znamy również przypadków, w których ciąża była przyczyną pęknięcia a ostatniemi czasy ogłosił Schauta (*Wien. med. Bl.*, 1882) przypadek pęknięcia torbiela w 2 po sobie następujących ciążach u jednego i tego samego indywiduum. Czasem już samo badanie wystarczało, aby pęknięcie wywołać. Przypuścić należy, że we wszystkich przypadkach, które zakończyły się uzdrowieniem, treść torbiela nie była ropną. Przymieszka krwi lub treść koloidowa nie stanowi według dzisiejszych zapatrywań niebezpieczeństwa dla otrzewny i łatwo wessaną być może.

II. Przyczynek do chirurgii narządu słuchowego Wycięcie młotka wraz z błoną bębenkową w t. zw. suchém zapaleniu jamy bębenkowéj.

Opisał Dr. Roman Barącz,
lekarz prakt. we Lwowie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 26)

Pani P. ze Lwowa, mająca lat 51, zgłosiła się do mnie 8/2 br. użalając się na cierpienie szumu w obu uszach od 10 lat i na upośledzenie słuchu oraz zwiększenie szumu od 4 lat. Jako przyczynę tego swojego cierpienia uważa narażanie się dawniéj na częste przewiewy powietrza, przyczém nadmienia, że początkowo szum czasem ustawał, od 4 lat zaś jest trwałym. Od 6 miesięcy szum ciągle się wzmaga, osobliwie w uchu prawém; wieczorem jest on nadzwyczaj gwałtownym, tak że chora z obawą kładzie się spać; szum również wzmaga się, gdy chora znajduje się w liczniejszém towarzystwie, ma on być wówczas podobnym do szmeru gotującéj się wody. Prócz tego chora podaje, że radziła się już niejednego lekarza, że stósowano jéj już miejscowo różne środki, jak tusze powietrzne, wprowadzanie leków do trąbki Eustachego, pary salmiaku itp.; nadto prosi, czy nie możnaby pozbawić jéj uporczywego szumu w uchu prawém jakim zabiegiem operacyjnym, zwłaszcza że uważa w uchu prawém nieprawidłową zawadę i trzeszczenie przy nadymaniu się (doświadczenie Valsalvy). — Badanie wziernikiem ucha wykazuje stan następujący: przewód słuchowy zewnętrzny nie przedstawia zmian; błona bębenkowa prawa straciła połysk naturalny, jest więcéj biaława, w przednim zaś dolnym odcinku przedstawia podłużną pionowo ustawioną plamę siną prawie czarną, która podczas doświadczenia Valsalvy wydaje szmer trzeszczący i wydyma się; jestto prawdopodobnie zanikła część błony bębenkowéj, być zaś może ścieńczała blizna po dawniejszém przebiciu; szmer ten jest dla choréj bardzo nieprzyjemnym i podobnym do szmeru podczas łamania pręta tuż przy uchu. Młotek prawy w całości znacznie zgrubiały, przy użyciu lejka Siegla nieruchomy; błona bębenkowa lewa przedstawia się także na całéj przestrzeni ćmawą. Chora słyszy uchem lewém słowa wymawiane z odległości 1 metra, szept do ucha lewego słyszy niewyraźnie; głos uchem prawém na 6 metrów, szept na 1 metr. Po zastósowaniu tuszu powietrznego sposobem Politzera słuch poprawił się i głos słyszy chora uchem lewém na 4 metry, szept na $^{1}/_{2}$ metra; uchem prawém słyszy szept na 4 metry. Strojnika zwyczajnego (C) przyłożonego do kości czaszki w szwie strzałkowym nie słyszy; przyłożony do wyrostka sutkowego prawego słyszy słabo; przed uchem lewém nie słyszy; na wyrostku sutkowym lewym słyszy bardzo mało. Brzmienie strojnika słyszy lepiéj obu uszami na kości aniżeli koło uszu; a doświadczenie Rinnego daje obustronnie wynik ujemny.

Rozpoznanie brzmiało: *Sclerosis tympani utriusque praecipue dextri*; choroby równoczesnéj błędnika w obec tego, że chora cierpiała czasem zawroty głowy, w obec upośledzenia przewodnictwa kostnego, pomimo ujemnego wyniku doświadczenia Rinnego, wykluczyć nie mogłem. W obec takiego rozpoznania wykonałem 8/2 br. zabieg najlżejszy, tj. paracentezę błony bębenkowéj prawéj, w zakresie opisanego miejsca sinawego; bezpośrednio po operacyi zastósowałem ostrożnie tusz powietrzny; chora doznała natychmiastowéj ulgi, szum w uchu znacznie zmalał.

11/2 zastósowałem znów tusz powietrzny metodą Politzera, chcąc przeszkodzić w ten sposób zrośnięciu się brzegów rannych, co mi się jednak nie na długo udało.

13/2 wykonałem powtórnie paracentezę z powodu zrośnięcia się brzegów rany; szum w ostatnich dniach wzmógł się.

17/2 ranka niezabliźniona; badanie słuchu daje wyniki jak poprzednio; szum znacznie się zmniejszył; chora użala się na nieprzyjemne trzeszczenie w uchu operowaném podczas aktu łykania, co doświadczeniem Valsalvy sprawdzić można (szmer przy tém powstający jest podobny do łamiącego się papieru pergaminowego). Dla ulżenia chwilowego wstrzyknięto do jamy bębenkowéj za pomocą zgłębnika usznego i strzykawki Pravaza kilka kropel 1% rozczynu węglanu sodowego i zaproponowano w celu usunięcia trzeszczenia w uchu i szumu na zawsze, operacyję doszczętnego wycięcia błony bębenkowéj wraz z młotkiem, do któréj 6/3 rb. przystąpiono. Najpierw przestrzykano przewód słuchowy zewnętrzny silnym rozczynem kwasu borowego. Po dokładném oświetleniu błony bębenkowéj, ustaleniu głowy, starano się znieczulić pole operacyjne 10% rozczynem kokainu za pomocą pędzla. Przystąpiono do tenotomii mięśnia napinającego bębenek, poprowadzono cięcie 6 mm. długie przed młotkiem równoległe do przedniego brzegu rękojeści tegoż, ranką tą wprowadzono sierpowaty guziczkiem zakończony tenotom z ostrzem odchodzącém pod kątem prostym (podany przez Dra Miota w Paryżu), postępując zresztą według wskazówek podanych przez Webera-Liela i Grubera i dokonawszy tenotomem obrotu 90° naokoło osi, przecięto wśród dość znacznego bólu ścięgno mięśnia. Po tym akcie operacyi chora zbladła, tętno jéj stało się nitkowatém i nastąpiły silne wymioty. Przypady te tłumaczyłem sobie zadrażnieniem układu nerwowego środkowego na drodze odruchowéj *(Chorda tympani)*. W skutek tych przypadów odstąpiono chwilowo od dalszego zabiegu i dokończono go dopiero 23 marca rb. Najpierw za pomocą lejka Siegła stwierdzono ruchomość błony bębenkowéj jako dowód uskutecznionéj tenotomii. Następnie dwoma cięciami pionowemi, połączonemi poprzeczném, okolono rękojeść młotka aż po nasadę, którą ujęto silniejszemi kleszczykami, ruchami wahającemi się od wewnątrz i góry ku dołowi i na zewnątrz skierowanemi, wydobyto młotek. Po zatamowaniu nieznacznego krwotoku watą i gazą jodoformową ujęto haczykiem ostrym resztki błony bębenkowéj i wycięto, starając się osobliwie wyciąć dolny tylny odcinek. Założono szczelny opatrunek jodoformowy. Chora po przebudzeniu czuła się dość swobodną, szum zupełnie ustał, słuch choréj jest jak przed operacyją. Obserwowałem chorą do niedawnego czasu; w pierwszych dniach po operacyi wystąpiła skąpa wydzielina śluzowo-ropna, która wnet ustąpiła; otwór w błonie bębenkowéj pozostał trwałym, słuch po operacyi wystąpił napowrót i trwale, chora jednak odtąd może sypiać swobodnie i czuje się w ogóle zdrowszą; nie ma od czasu operacyi zajęcia głowy i uczucia obecności ciała zbytecznego w uchu.

Zanim przystąpiłem do téj operacyi wykonałem ją około 10 razy na trupie i zbadałem dokładnie stosunki topograficzne za pomocą przekrojów dotyczącéj okolicy; bez uskutecznienia tego nie byłbym się ważył wykonać operacyję na żywym.

Statystyka téj operacyi jest jeszcze bardzo skąpą. Hartmann w dziele swojém „o chorobach uszu“ (str. 193) wspomina tylko, „że wykonał kilka razy eksartykulacyję młotka, że w żadnym przypadku nie wynika ztąd dla chorego szkoda; w jednym z jego przypadków nadzwyczaj gwałtowne szmery, przeciw którym inne sposoby leczenia okazały się bezskutecznemi, znacznie się zmniejszyły, a znaczna głuchota na przeciąg roku polepszoną została; trwałego wyniku z operacyi można się spodziewać tylko ze względu na szmery“. Najwięcéj chorych operował w ten sposób Lucae. Omawiając choroby błędnika w encyklopedyi Eulenburga (t. VIII, str. 11) dodaje on nawiasowo, że wykonał operacyję całkowitego wycięcia błony bębenkowéj wraz z młotkiem u 25 chorych; w żadnym z tych przypadków nie nastąpiło pogorszenie słuchu, u niektórych zaś chorych rzeczywiste polepszenie. Zauważył tylko u swoich chorych po operacyi wrażliwość na głośniejszy dźwięk przez czas dłuższy a do r. 1881 liczba chorych operowanych w ten sposób przez Lucaego przenosiła 40. Autor ten nie podał jednak wtedy żadnych szczegółów co do dalszego przebiegu tych przypadków (patrz *A. f. O.* t. XIX, s. 75). Dopiero w r. 1885 podaje (*A. f. O.* t. XXII, s. 233—242 i *Zeitschrift f. Ohrenheilk.* t. XVI, s. 72) sumarycznie wynik swoich operacyj wycięcia błony bębenkowéj w sklerozie. Najczęściéj operacyję wykonano u chorych ze zdolnością poczuwania wysokich tonów, ale także u takich, gdzie ona była upośledzoną albo zniesioną zawsze prawie przy ujemnym wyniku doświadczenia Rinnego (w jednym przypadku przy dodatnim wyniku tegoż doświadczenia). W całości Lucae wykonał operacyję tę 53 razy u 47 chorych, 6 razy obustronnie. W ogóle postępował przy wykonaniu téj operacyi podług techniki podanéj przez Kessla i Schwartzego, tylko do wydobycia młotka użył przyrządu własnego pomysłu kształtu litotryptora, którego ramionami ujmuje się szyję młotka jak tylko można wysoko; następnie ruchami działającemi na kształt dźwigni ku dołowi łatwo było wyważyć młotek wraz z błoną bębenkową. Z nieprzyjemnych wydarzeń podczas téj operacyi podaje L. czasem występujące uporczywe krwotoki z powodu silnych zrostów błony bębenkowéj z *promontorium*; 3 razy przemijające porażenia smaku odpowiedniéj strony języka z powodu zranienia struny bębenkowéj. Antyseptykę ściśle przeprowadzano karbolem i tamponowaniem gazą jodoformową. Zupełnie jednak aseptycznego przebiegu spodziewać się nie było można z powodu przystępu powietrza do rany przez trąbkę Eustachego. W wielu przypadkach powstawały ztąd objawy zapalne w postaci surowiczego zapalenia jamy bębenkowéj; w jednym przypadku nastąpiło zapalenie zewnętrznego przewodu słuchowego. W 30 przypadkach napotkano podczas operacyi znaczne zmiany: zgrubienia, zrosty błony bębenkowéj i kostek słuchowych, sklerozę ściany błędnika; w 23 przypadkach zmiany leżały bardzo głęboko albo téż krwotok przeszkodził dokładniejszemu ich zbadaniu. Wynik ze względu na polepszenie słuchu był względny: w 9 przypadkach zauważono znaczne,

w 19 nieznaczne polepszenie słuchu, w 18 przypadkach nie zauważono żadnéj zmiany, a w 7 nastąpiło pogorszenie. Polepszenie następowało zazwyczaj w przypadkach, gdzie ubytek błony bębenkowéj pozostał trwałym. Co się tyczy wpływu operacyi na szmery podmiotowe, to w 19 przypadkach zrobiono następujące spostrzeżenia: w jednym przypadku szum w uchu ustąpił zupełnie, w 7 przypadkach zmniejszył się, w 10 przypadkach nie uległ zmianie, w jednym przypadku szum zamienił się na nieprzyjemne dzwonienie wśród równoczesnego polepszenia słuchu. Wreszcie przytacza L. na końcu swéj rozprawy: „nie należy uważać téj operacyi za niebezpieczną, jeżeli zostanie przedsięwziętą i wykonaną klinicznie“.

Schwartze w wykładzie mianym na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Magdeburgu w r. 1884 (patrz *A. f. O.* t. XXII, str. 128 i 129) opisał dokładnie swoją technikę operacyjną; wykonywał on tę operacyję przeważnie dla lepszego drenowania jamy bębenkowéj w obec ropień w uchu środkowém, od r. 1873 także w sklerozie; pod względem słuchu otrzymywał on zmienne wyniki; wpływ na szmery podmiotowe był zawsze korzystnym; „szum nigdy się nie powiększył, zazwyczaj zmniejszył się, a czasem zupełnie ustąpił“. W ogóle zauważył, że wycięcie błony bębenkowéj daje lepsze wyniki w obec ropień i następstw niż w zapaleniach ze sklerozą. W dziele swojém „o chirurgicznych chorobach uszu“ (l. c. str. 287—289) przytacza 6 przypadków ze swojéj praktyki, w których dokonał powyższéj operacyi; w 3 przypadkach wykonał ją dla ropienia z nieznaczném polepszeniem słuchu i trwałém wyleczeniem ropienia; w 3 innych przypadkach przedsiębrano operacyję dla sklerozy. Wyniki ze względu na słuch i szmery podmiotowe były następujące w ostatnich 3 przypadkach: w jednym szum ustąpił po operacyi zupełnie, w jednym znacznie się zmniejszył i występował tylko przemijająco, w jednym zaś szum pozostał w dawnéj mierze. W 2 przypadkach polepszenie słuchu trwało ½ roku; z regeneracyją blizny wystąpiło przytępienie słuchu; w jednym przypadku polepszenie słuchu było trwałém.

Z przystępnéj dla mnie literatury zestawiłem powyżéj szczegółowe wyniki przypadków w ten sposób operowanych, ogłoszone dotychczas prawie wyłącznie przez Lucaego i Schwartzego; zebrać w ten sposób mogłem 53 przypadki, o których ogłoszono ważniejsze szczegóły i wyniki téj operacyi w sklerozie; w 6 z tych przypadków Lucae wykonał operacyję obustronnie. W sklerozie więc operacyję tę wykonano w ogóle 59 razy; mój przypadek byłby więc 60, a liczba chorych, u których tę operacyję wykonano, wynosiłaby 54. Nie wątpię jednak, że wnet pojawią się publikacyje i innych autorów, które szczegóły wyników podadzą i że liczba w ten sposób operowanych wypadnie wyższą.

W obec zmian sklerotycznych w błonie bębenkowéj i jamie bębenkowéj i gwałtownych szmerów podmiotowych, które grożą egzystencyi chorych uważam zabieg ten jako zupełnie usprawiedliwiony i zdaje mi się, że przy udoskonalonéj obecnie antyseptyce i technice operacyjnéj zabieg ten na większe uznanie zasługuje, niż mu dotychczas oddano; wszakże tak sumienni autorowie jak Schwartze i Lucae nigdy nie zauważyli pogorszenia pod względem szmerów podmiotowych po tym zabiegu, owszem zawsze prawie chorzy doznali ulgi w cierpieniu.

Przy nadmiernych szmerach naczyniowych, które nieraz do rozpaczy i samobójstwa chorych doprowadzały, dałoby się może wykonać podwiązanie tętnicy szyjnéj na podstawie doświadczeń zrobionych w obec tętniaków, gdzie szmery uszne po podwiązaniu dowodzących tętnic ustawały zupełnie, w razie jeżeli takowe przy kompressyi tętnicy szyjnéj zupełnie ustępują (Schwartze). Czy jednak z tego rękoczynu trwałego wyniku spodziewać się można, jest rzeczą wątpliwą z powodu licznych połączeń ze sobą różnych zakresów naczyniowych tętniczych w jamie bębenkowéj (gałęzie *A. meningeae mediae*); w każdym razie w rozpaczliwych przypadkach szmerów podmiotowych tętniczych w uszach i w głowie przy małém stosunkowo niebezpieczeństwie ze strony podwiązań antyseptycznie wykonanych i ten zabieg wart by był próby.

Prócz przytoczonych użyto prac: Ziegler: *Lehrb. d. pathol. Anat.* III Aufl., II Thl., pag. 821—823.— Politzer: *Lehrb. d. Ohrenheilk.* II B. 1882. — Tröltsch: *Lehrb. d. Ohrenheilk.* 6 Aufl. — Urbantschitsch: *Lehrb. d. Ohrenheilk.* 1884. — Oren D. Pomeroy: *The Diagnosis and Treatment of Diseases of the ear. New-York* 1883.— Politzer: *Die Beleuchtungsbilder des Trommelfells im gesunden u. kranken Zustande.*

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

5. Katarzyna Turczówna, dziewczyna 2½-letnia, przyjęta 31 marca 1880, dość dobrze odżywiona, okazująca objawy krzywicy. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch wzdęty, śledziona powiększona, lecz nie gorączkuje i napadu zimniczego nie stwierdzono. 18 kwietnia *varicella*, ciepłota 38·1, 21go przestaje gorączkować, występuje rozwolnienie miernego stopnia. 5go maja c. r. 39·8°. Głos i kaszel chrypliwy, oddechanie utrudnione, wdech świszczący, zapadanie dołka podsercowego i wciąganie dolnych żeber; na tylnéj ścianie połyku szarawe nalociki świadczą o zapaleniu krtani dławcowém (*Laryngitis crouposa*). Objawy ścieśnienia głośni coraz bardziéj się wzmagały, wystąpiła duszność, sinica a o godzinie 7éj rano 6 maja śmierć.

Sekcyja wykonana 7go maja wykazała: *Laryngitis membranacea sbs. pneumonia lobulari, emphysemate insigni et oedemate acuto. Melanosis lienis, catarrhus intestini tenuis, hyperplasia glandular. mesaraicar. Pachymeningitis interna haemorrhagica.* „Czaszka prawidłowa, ciemiączko duże, błoniaste. Wewnętrzna powierzchnia opony twardéj ponad prawą półkulą w znacznéj części powleczona dość grubą żółtawą w części żywoczerwoną błoną, miejscami drzewkowato rozgałęziające się naczynia okazującą. Opona twarda zresztą tak jak opony miękkie blada, gładka. Mózg w całości prawidłowy.

6. Władysław Krajewski chłopiec 1½ roczny przyjęty do szpitala 4-go maja 1880 w stanie konającym w skutek dławca. Wykonano natychmiast tracheotomiję lecz w półgodziny potem chory umarł.

Sekcyja wykonana 5-go maja wykazała: *Laryngitis et pharyngitis croupodiphtherica, emphysema, atelectasis et pneumonia lobularis bilateralis. Apex cordis bifidus. Tracheotomia facta. Pachymeningitis haemorrhagica interna, haemorrhagia intrameningealis.* „Czaszka prawidłowa symetryczna. Na podstawie widać na wewnętrznéj powierzchni opony twardéj w kilku miejscach dość rozległe błonki ciemnoczerwone,

zdjąć się dające, miejscami drzewkowate nastrzykanie naczyń okazujące. W oponach miękkich na podstawie lewego płatu skroniowego w samémże utkaniu tychże dość rozległe, świeże ciemnoczerwone wynaczynienie krwi. Zwoje mózgowe wydatne, rowki głębokie, miąższ na przekroju prawidłowéj zawartości krwi, spójności prawidłowéj, komórki prawidłowe.“

7. Maryja Samcówna, dziewczyna 5-cio letnia przyjęta w stanie konania do szpitala 11 listopada 1881 umarła tegoż dnia o godzinie 9 wieczór. Stwierdzono zapalenie płuca prawego i stolce cechujące czerwonkę.

Sekcyja wykonana 13-go listopada 1881 wykazała: *Pleuropneumonia crouposa lobi superioris sinistri et lobi medii et inferioris dextri, catarrhus intestini ilei incipiens, hyperplasia glandular. mesaraicar. Dysenteria sub forma diphtheriae int. recti, enteritis follicularis intestini crassi obsoleta.* Pachymeningitis interna haemorrhagica convexitatis. „Czaszka symetryczna, prawidłowa. Opona twarda przyrośnięta do czaszki; na jéj wewnętrznéj powierzchni szczególnie po stronie odpowiadającéj wypukłości lewéj półkuli mózgu, w części przedniéj delikatne cienkie błony mocno unaczynione i krwią wybroczoną przesiąkłe przylegające ściśle do opony twardéj, zresztą opona twarda gładka, połyskująca. Opony miękkie gładkie, przeświecające, mózg spójności prawidłowéj, zwoje i rowki wyraźne.

Jeżeli z podanych przypadków nie uwzględnimy dwóch ostatnich, u dzieci oddanych do szpitala w okresie konania, jakoteż przypadku 2go, o których dla zbyt krótkiego czasu obserwacyi i niepewnych wywiadów co do poprzedniego przebiegu choroby nic stanowczego orzec się nie da; to pozostają nam jeszcze cztery przypadki, w których czas obserwacyi szpitalnéj był tak długi, iż choroby, które wywołały zmiany w oponach przy sekcyi stwierdzone, musiały stanowczo przebiegać podczas pobytu odpowiednich dzieci w szpitalu, a jednakowoż nie zdradzały się żadnym przypadem a tém mniéj owym zbiorem przypadów na wstępie przytoczonych, które według zdania wielu autorów właściwemi być mają zapaleniu krwotokowemu opony twardéj. Jedynie w przypadku 1-szym zauważyliśmy jako objaw zajęcia osrodków mózgowych wymioty i lekkie porażenie prawéj połowy twarzy; w przypadku tym jednak stwierdziliśmy równocześnie i wodogłowie *(hydrocephalus acut.)*, od którego objawy te prawdopodobniej były zawisłe. Skoro więc w żadnym z przypadków naszych nie spostrzegliśmy za życia takich objawów, któreby naprowadzały na myśl, iż w jamie czaszkowéj toczy się jakabądź sprawa chorobowa, podczas gdy zmiany napotkane przy sekcyi były bardzo wyraźne, przeto zmuszeni jesteśmy przypuścić, iż zapalenie opony twardéj krwotokowe ma po największéj części u dzieci przebieg utajony, i tylko w rzadkich przypadkach rozpoznać się daje.

Pod względem anatomicznym następujące spostrzeżenia zasługują na wzmiankę: Siedziba zapalenia opony twardéj znajdowała się 2 razy ponad prawą półkulą mózgową, raz ponad lewą półkulą mózgową, raz ponad obydwiema półkulami, raz ponad prawą półkulą i na podstawie mózgu w części przodkowéj, raz ponad obydwiema półkulami mózgowemi i na podstawie czaszki a wreszcie raz na podstawie czaszki. W przypadku 6tym znaleźliśmy świeże wynaczynienie następowe na podstawie lewego płatu skroniowego, w innych przypadkach zauważyliśmy li tylko błonki elastyczne jużto świeże, jużto starsze a w przypadku 4tym grubości kilku milimetrów. Opona twarda pod nowo wytworzoną tkaniną tylko w przypadku 1-szym mocno była nastrzykana, a w innych przedstawiała się gładką i bladą. W przypadku 7-mym nakoniec, pomimo 5-go roku życia, opony ściśle były z kością zrośnięte.

G. Zapalenie opon mózgowych zwyczajne.

Tak ze względu na zbiór objawów klinicznych, jak i na odpowiadający temu obraz anatomiczny zniewoleni jesteśmy rozróżnić kilka postaci zwyczajnego zapalenia opon mózgowych. Rozmaitość tych postaci nie tyle zależy od przyczyny wywołującéj chorobę, jak to ma miejsce w zakrzepicy zatok, ani też od nasilenia sprawy chorobowéj, jak raczéj od usadowienia się choroby, która w jednych przypadkach zajmuje li tylko opony powlekające powierzchnię półkul mózgowych, w innych ogranicza się do splotów naczyniowych komórek mózgowych a w najrzadszych razach zajmuje opony wyścielające podstawę mózgową. Odpowiednio do umiejscowienia się choroby rozróżniamy trzy odrębne obrazy kliniczne: zapalenie opon na półkulach, zapalenie splotów naczyniowych komórek czyli wodogłowie ostre, i zapalenie opon podstawy zwyczajne. Pomiędzy temi trzema postaciami zachodzi różnica nie tylko co do pojedynczych objawów, zależnych właśnie od części zajętych, lecz także w całym sposobie rozwinięcia się choroby, w przebiegu jej i w następstwach. Ściślejsze określenie przyczyn, dla czego w niektórych razach ulegają zapaleniu opony półkul, w innych opony podstawy albo sploty naczyniowe, nie jest możliwém z wyjątkiem przypadków zapaleń opon wywołanych skutkiem bezpośredniego zadziałania szkodliwości na opony, np. urazu, wynaczynienia, zapalenia żył, ropienia kości skalistéj i t. p. W niektórych przypadkach znajdujemy zapalenie opon mózgowych zarówno na powierzchni półkul mózgowych jak i na podstawie. Ta postać zależną jest li tylko od natężenia sprawy chorobowéj, która pierwotnie zajęła opony półkul a później przesunęła się także na opony podstawy mózgowéj. Zapalenie opon mózgowych na podstawie wikła się znów dość często z zapaleniem splotów naczyniowych i następowém wodogłowiem ostrém. Najczęściéj wydarzającą się postacią w wieku dziecięcym jest zapalenie splotów naczyniowych komórek, późniéj zapalenie opon na powierzchni półkul, które nawet u osesków bywa częstszém niż wodogłowie ostre i występuje jako choroba nagminna, zwłaszcza w domach podrzutków lub sierót (Ritter, Medin). Najrzadszą postacią jest samoistne zapalenie opon na podstawie mózgu. Zapalenie opon mózgowych półkul powstaje po największéj części w skutek urazów, udaru słonecznego, w następstwie długotrwałych wyprysków skóry czaszkowéj lub schorzeń kości, daléj w przebiegu chorób zakaźnych — głównie płonicy, i chorób narządu oddechowego, zapalenie splotów czyli wodogłowie pojawia się znów często w przebiegu chorób narządu trawienia a związek przyczynowy nie jest jeszcze wyjaśniony. Zapalenie opon na podstawie uważano w następstwie chorób zakaźnych, i długotrwałych cierpień płuc i nerek.

Z pomiędzy 14tu spostrzeganych przez nas przypadków zwyczajnego zapalenia opon mózgowych widzieliśmy takowe w 2ch razach na powierzchni półkul mózgowych, w 2ch razach na podstawie; w 3ch razach obejmowało zapalenie tak opony półkul jak i podstawy mózgu (a z tych w 1 przypadku było jeszcze powikłane z znacznem wynaczynieniem). W 7miu wreszcie razach zauważyliśmy zapalenie splotów naczyniowych z wysiękiem w komórkach mózgowych.

Zapalenie opon mózgowych na półkulach przebiegało w jednym przypadku równocześnie z ospą i zapaleniem płuc, w 2gim przypadku z zapaleniem płuc i opłucny.

Zapalenie opon na podstawie przebiegało w jednym przypadku z nieżytem przewłocznym jelit i wodogłowiem chronicznêm, w 2gim z nieżytem oskrzeli i niedodmą płuc.

Zapalenie opon mózgowych zarówno na powierzchni i podstawie mózgu towarzyszyło w jednym przypadku gruźlicy płucnéj obok ropienia kręgów, w 2gim wystąpiło wśród przebiegu ropienia kręgów, puchliny piersiowéj i długotrwałego zapalenia twardówki rdzeniowéj, w 3cim zaś przypadku wśród zapalenia jelit mieszkowego.

Z 7-miu tych przypadków 2 dotyczyły chłopców, 5 dziewcząt; wiek ich przedstawiał się jak następuje: 1 liczyło 11 miesięcy (*Mening.convex.*), 1 liczyło 1 rok (*Mening. convex. et basil.*), 1 liczyło 1½ roku (*Mening. basil.*), 1 liczyło 2 lat (*Mening. convex.*), 2-je 5 lat (*Mening. basil.*, *Mening. convex. et bas.*), 1 liczyło 8 lat (*Mening. convex. et basil.*) Jedno z tych dzieci okazywało zboczenie w odżywieniu krzywicze, jedno zołzowe a jedno zboczenie w odżywieniu gruźlicze.

Czas trwania choroby tylko w kilku przypadkach dał się oznaczyć, chociaż w niektórych przypadkach była obserwacyja szpitalna stosunkowo dość długa. I tak wynosił okres obserwacyi:

w 1 przyp. pobyt w szpit. d. 27 czas trwania objawów dni 0		*Meningitis convexit.*
w 2 przyp. pobyt w szpit. d. 26 czas trwania objawów dni 0		
w 3 przyp. pobyt w szpit. d. 10 czas trwania objawów dni 2		*Meningitis basilaris*
w 4 przyp. pobyt w szpit. d. 3 czas trwania objawów dni 9		
w 5 przyp. pobyt w szpit. d. 43 czas trwania objawów dni 5		*Meningitis convexit. et basilaris*
w 6 przyp. pobyt w szpit. d. 22 czas trwania objawów dni . . . 3		
w 7 przyp. pobyt w szpit. d. 2 czas trwania objawów dni 5		

Wyraźne objawy zapalenia opon stwierdziliśmy jednak stanowczo tylko w 3ech przypadkach, a mianowicie w 2-ch przypadkach zapalenia opon na podstawie a w jednym przypadku zapalenia opon na powierzchni półkul i na podstawie. W 2-ch przypadkach spostrzegaliśmy wprawdzie pojedyncze objawy, które budziły podejrzenie, iż w jamie czaszkowéj rozwija się jakieś cierpienie — nie można było jednak określić bliżéj, czy to będzie zapalenie, wynaczynienie, nowotwór i t. d. Wreszcie w 2-ch przypadkach nie zauważyliśmy żadnych objawów, któreby o jakiém zajęciu ośrodków narządu nerwowego świadczyć mogły; a byłyto właśnie przypadki zapalenia opon na powierzchni półkul. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Tarnowsky (w Petersburgu): **Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forensisch-psychiatrische Studie.** Berlin 1886.

Prof. Dr. Krafft-Ebing (w Gracu): **Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie.** Stuttgart 1886.

W ciągu roku bieżącego pojawiły się powyższe dwa dziełka, napisane przez autorów używających jak najlepszéj sławy; pierwszy w dziedzinie chorób płciowych rozporządza ogromnym materyjałem stolicy rosyjskiéj, ostatni wielce zasłużony jako psychijatryk, zwłaszcza sądowy; prace ich, jakkolwiek pod odmiennym tytułem, schodzą się na jednêm i têm samêm polu; têm większa rękojmia, że wspólne ich siły złożą się na wyświecenie kwestyi, lekarza zwłaszcza sądowego żywo obchodzącéj, a dotychczas nie zupełnie jeszcze jasnéj.

„*Psychopathia sexualis*“ — jakiżto podniesiono krzyk oburzenia, gdy Casper po raz pierwszy użył téj nazwy na oznaczenie „duchowego hermafrodytyzmu“ wielkiéj liczby ludzi, zaspokajających popęd płciowy w sposób niezwykły, przewrotny; twierdzono, że doświadczony lekarz sądowy niesłusznie bierze w obronę choćby część lubieżników obmierzłych, u których niepodobna, a więc zbyteczna szukać jakiegoś zboczenia umysłowego, skoro obecnie jeszcze liczba ich jest znaczną na Wschodzie i w miastach pierwszorzędnych europejskich, skoro nadto w starożytności nierząd ten był tak rozpowszechnionym u Greków i Rzymian, a jak niepodobna posądzić Julijusza Cezara o niedołęztwo umysłu, dlatego że cierpiał padaczkę, tak trudno doszukać się u niego innego zboczenia umysłowego, choć przeciwnicy jego nazywali go: „*omnium mulierum vir et omnium virorum mulier*“. Złą usługę oddali kwestyi, o którą się tu rozchodzi, pismacy jak Ulrichs, Bernhardi i inni, którzy, jakoby chcąc ilustrować orzeczenie „*du sublime au ridicule n'est qu'un pas*“ zjawisko najszpetniejsze podnosili do rzędu „uranizmu“ lub przeciwnie dowodzili istnienia jakiéjś potworności płciowéj przynajmniéj u jednéj ze stron w nierządzie udział biorących. A jednak, podczas gdy się zdawało, że sprawa ta ostatecznie już pochowaną została, gdy na Zjeździe prawników w r. 1867 ów Ulrichs, poparty przez pewnego austryjackiego prof. prawa, zamiast bezkarności, któréj domagał się dla swoich wyznawców uranizmu, zyskał tylko szyderstwo i pogardę— odżyła ona we 2 lata późniéj, aby już nie ustąpić więcéj z porządku dziennego, gdy Westphal w r. 1869 na podstawie dwóch przypadków przez siebie spostrzeganych ogłosił rozprawę o przewrotnym popędzie płciowym, w któréj zwrócił uwagę, że są przypadki, w których przewrotność uderzającą w poczuwaniu płciowém położyć koniecznie należy na karb stanu, jeżeli nie psycho- to przynajmniéj newropatycznego. Dotychczas, jak wynika z dokładnego zestawienia Krafft-Ebinga, opisano podobnych przypadków 43, a bez przesady powiedzieć można, że bez porównania większą jest liczba przypadków nieopisanych, albowiem nie ma prawie lekarza, któryby w praktyce swéj nie spotkał się z mniéj lub więcéj podobném zboczeniem. Jeżeli jednak dotąd jeszcze nie ma zgody, czy pójść za zdaniem Westphala i uznać zboczenie to jako objaw stanu newropatycznego, lub czy uważać je wprost za objaw zboczenia umysłowego, to ze swéj strony już w innêm miejscu oświadczyliśmy się za zdaniem pierwszém, jako ogólniejszém i ostrożniejszém, niczego z góry nieprzesądzającém, a przedewszystkiém nienasuwającém przypuszczenia, jakoby zboczenia te stanowiły cechę szczególnéj formy obłąkania. Z tego powodu niemoglibyśmy się zgodzić na nazwę, którą Krafft-Ebing obrał dla swego dziełka, i musielibyśmy nawet wyrazić zdziwienie nasze, dlaczego tę i nie inną obrał nazwę, gdyby autor w przedmowie nie usprawiedliwił tego wyboru obawą, aby książka jego nie wpadła w ręce niepowołanym i nie służyła im za lekturę niestósowną; mimo to jednak przyznajemy, że nazwa *Psychopathia sexualis*, która według mniemania autora dla „uczonego“ ma być zrozumiałą, razi nas bardzo, po-

nieważ pozbyć się nie możemy obawy, że „uczony“, jednak z historyją kwestyi nie należycie obeznany, mógłby mniemać, iż psychijatryk zawodowy przypuszcza postać obłąkania nieistniejącą i że przewrotność popędu płciowego wprost identyfikuje z cierpieniem umysłowém. To też szczęśliwszym w wyborze tytułu był Tarnowsky.

Nie ulega wątpliwości, że większą bez porównania część samcołożników zaliczyć należy do wszeteczników nałogowych, którym sprzykrzyło się naturalne zaspokajanie chuci płciowéj; ludzie ci według wszystkich tegoczesnych prawodawstw europejskich są poprostu zbrodniarzami, którzy surowéj podpadają karze, jeżeli praktyki ich dochodzą do wiadomości władzy. Bractwo zatém to, rozpowszechnione głównie po miastach wielkich, a wyjątkowo tylko pojawiające się w miastach mniejszych (u nas na szczęście jest jeszcze dosyć rzadkie), nie wchodzi tu wcale w rachubę; inaczéj ma się rzecz z owymi ludźmi, u których przewrotny popęd płciowy jest jedném z zjawisk zwyrodnienia; tu bowiem zjawisko to częstokroć nasamprzód zwraca uwagę lekarza sądowego na potrzebę badania stanu umysłowego człowieka, który wykroczył przeciw przepisom kodeksu karnego bądź w kierunku płciowym, bądź też w jakimkolwiek innym kierunku. A ponieważ przewrotność popędu płciowego objawia się w rozmaitych postaciach, więc czuć się dała potrzeba systematycznego zestawienia tych postaci i podporządkowania ich pod wspólny mianownik, pod pojęcie ogólne, a jednak uchwytne. Pracy téj podjęło się w ostatnich latach kilku psychijatrów, a praca ta stanowi przedmiot dwóch dzieł, z któremi czytelnika polskiego zapoznać pragniemy.

Przyznajemy z góry, że z dwóch w mowie będących pierwsze jest bardziéj pouczające i nierównie więcéj zawiera spostrzeżeń i poglądów samodzielnych, aniżeli drugie. Z natury rzeczy wypływa, że specyjalista do chorób płciowych, praktykujący w pierwszorzędnéj stolicy, więcéj o wiele styka się z pacyjentami, którzy mu się zwierzają ze swojemi tajemnicami, a czynić to mogą tém śmieléj, o ile zwierzając się syfilidologowi mienią się być wolnymi od podejrzenia, jakoby cierpieli wadę umysłową; często nawet w najlepszéj wierze, że są tylko cieleśnie słabymi, zasięgają rady takiego lekarza. Monografija zaś Tarnowskiego tém bardziéj zasługuje na uwagę naszą, ponieważ specyjalista ten, zkądinąd chlubnie znany, występując z pracą, która po części przekracza ścisły zakres jego zawodu, radził się znakomitych kolegów swych psychijatrów polskich, J. Mierzejewskiego i Erlickiego, oraz korzystał z prac innego naszego rodaka Wł. Mierzejewskiego, docenta medycyny sądowéj w Petersburgu, zaszczytnie znanego z prac swoich o błonie dziewiczéj, ze współpracownictwa w wielkiém dziele Pelikana o skopcach, a głównie ze swojéj ginekologii sądowéj w r. 1878 wydanéj.

Tarnowsky dzieli zboczenia płciowe na 3 grupy, a mianowicie: na przewrotność płciową występującą na podstawie obciążenia dziedzicznego, na przewrotność nabytą i na formy powikłane.

W grupie I rozprawia w 3 rozdziałach o samcołoztwie wrodzoném, peryjodyczném i padaczkowém. O pierwszém, prócz poszczególnych przypadków Mierzejewskich i własnych, nic nie podaje nowego, powołując się przeważnie na autorów francuskich i przytaczając obszernie znany przypadek sierżanta Bertranda. Samcołoztwo wrodzone według niego nie jest wcale odrębnym stanem chorobowym, lecz przedstawia jeden z objawów zwyrodnienia psychicznego; dlatego też wszystkie szkodliwości, które pociągają za sobą zwyrodnienie, wywołują także przewrotność popędu płciowego: pochodzenie od ojca epileptycznego, obłąkanego, od matki histerycznéj, kiła, opilstwo rodziców i niestosunek u nich co do wieku, ciężkie choroby przebyte w czasie płodzenia itd., wreszcie i klimat oraz jakość gruntu zdają się mieć pewne znaczenie, jak to wynika ztąd, że w okolicach wysoko położonych nie tylko idyjotyzm i matołectwo, ale i przewrotność płciowa zdarzają się często, a Armenia górzysta była kolebką samcołoztwa w starożytności.

Bardzo ciekawym jest typ drugi, samcołożników peryjodycznych. Są to ludzie, którzy żyjąc w stosunkach prawidłowych, wykonywając spółkowanie prawidłowo, od czasu do czasu doznają przewrotności płciowéj, któréj oprzeć się nie mogą i dopuszczają się samcołoztwa czynnego, biczowania, obnażania swych części płciowych, obcowania ze zwierzętami, bezczeszczenia zwłok ludzkich itd. Napady te przedstawiają analogiję do obłąkania okresowego i dipsomanii, a więc równie jak te są tylko objawem zwyrodnienia umysłowego, od czasu do czasu wybuchającego a zresztą przebiegającego bez zbyt uderzających objawów. (C. d. n.)

F. A. Hoffmann: **Odczyty o terapii ogólnéj ze szczególném uwzględnieniem chorób wewnętrznych.** (*Vorlesungen über allgemeine Therapie mit besonderer Berücksichtigung innerer Krankheiten*). Lipsk 1885. Str. 453.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Jest jeszcze jedna, i to niemała, trudność w zastósowaniu systemu autora. Zdarzają się bowiem przypadki, że chociaż znane nam jest dość dokładnie natężenie podniet do celów leczniczych używanych, nie zawsze przecież wiemy, czy w tém natężeniu stanowią one czynnik ćwiczący czy chroniący pewne narządy, oraz — co za tém idzie — pomimo niezaprzeczenie pomyślnych wypadków leczenia nie możemy powiedzieć na pewno, czy wypadki te zawdzięczamy ćwiczeniu czy oszczędzaniu.

Przykłady trudności téj znajdujemy niejednokrotnie w samém dziele. Weźmy np. pod uwagę kąpielowe leczenie chorób sercowych. I tu odróżnia autor kąpiele to ochraniające, to ćwiczące mięsień sercowy. Pierwsze nazywa ciepłemi, drugie zimnemi. Od czasów Benekego wiemy, że kąpiele są cennym środkiem leczniczym w chorobach serca a w ostatnich czasach użycie ich coraz więcéj się wzmaga. Jak sobie tłumaczyć pomyślne ich działanie? Autor przypisuje kąpielom, przez się ciepłemi zwanym, własność ochraniania mięśnia sercowego, t. j. oszczędzania mu nadmiernéj pracy, gdy tymczasem wszystko przemawia za tém, że działają one tu nie dla tego, że serce ochraniają, lecz że ćwiczą i wzmacniają mięsień sercowy. Aby się w tym względzie porozumieć, pytamy, jakie kąpiele nazywamy ciepłemi? Autor mianując je tak ogólnikowo nie podaje na tém miejscu wcale ich ciepłoty. Natomiast gdzieindziéj (str. 355) oznacza ciepłotę ich na wyżéj 36°C. i trafnie działanie ich opisuje: podnieta termiczna, przyspieszenie tętna, podwyższenie ciepłoty, zaczerwienienie twarzy, poty, — po dłuższém używaniu spadek ciężaru ciała, schudnienie, osłabienie mięśni. Zastósowania takich kąpieli w chorobach serca autor nie mógł mieć na myśli, bo też jako wręcz szkodliwe nigdy chyba i nigdzie w tym względzie uznania nie znalazły. Na str. zaś 65 przez kąpiele ciepłe używane w chorobach serca rozumie widocznie kąpiele zwane obojętnemi; i tu ciepłoty ich liczebnie nie podaje, gdzieindziéj zaś (str. 354) oznacza ją według Kischa na

35—37°C., i aby wykazać ich domniemaną „obojętność“, przypuszcza, że zmniejszają one utratę ciepła przez skórę a przecież nie podwyższają ciepłoty ciała, jakoby skutkiem obniżonéj równocześnie produkcyi ciepła. Nie roztrząsając wątpliwości, w jaki sposób kąpiele takie „obojętne“ skutecznemi mogłyby być w chorobach serca i innych, zwracamy tylko uwagę, że i takich kąpieli nie używano w ogóle w chorobach sercowych a przynajmniéj nie takiemi osiągnięto pomyślne w cierpieniach tych rezultaty. Rezultaty te otrzymano raczéj za pomocą kąpieli letnich (30—35°C.), a nawet chłodnych. Schott np. donosi, że w chorobach sercowych rozpoczyna od kąpieli 27°R., t. j. 33·5°C., a z postępem czasu stósuje coraz chłodniejsze; Groedel zaś używał kąpieli 25—26°R., t. j. 30—32·5°C., a więc ani ciepłych ani „obojętnych“, mianowicie jeśli się zważy, że kąpiele w Nauheim zawierają 1—3½% solanki, co jeszcze więcéj wzmaga podniecające ich działanie. Skoro tak jest, dobre rezultaty otrzymane w chorobach serca kąpielami nie dadzą się odnieść ani do usuwania bodźców czuciowych, ani też do zmniejszonéj produkcyi ciepła, lecz do skutków wprost przeciwnych. Na to dowód i w tém, że Liebermeister wykazał w kąpieli 33·9°C. produkcyję ciepła nieobniżoną, lecz podwyższoną a przecież tak Groedel jak i Schott niższéj jeszcze używali ciepłoty. Według Kerniga dopiero w kąpieli 34—35°C. przestaje wzrastać wyrób ciepła. Mamy więc niewątpliwie dowody, że kąpiele dotychczas z korzyścią w chorobach serca używane są zabiegami podniecającemi, że więc pomyślne skutki pochodzą od wpływów mięsień sercowy ćwiczących, nie zaś chroniących go i pracy mu oszczędzających. Wynika to także z bezpośrednich postrzeżeń powyższych lekarzy, według których kąpiele te zwalniają tętno, wzmacniają ruchy serca, podwyższają parcie tętnicze. Wzmożenie pracy serca musi nawet być znaczne, skoro podwyższenie parcia ościennego, pomimo obniżonego napięcia tętnic, wykazać się daje. Trudno nawet zrozumieć, jaką korzyść przynieśćbyśmy mogli ustrojowi oszczędzając jedynie pracy sercu. Wszakże całe niebezpieczeństwo polega tu na tém, że mięsień sercowy, nie rozporządzając dostateczną siłą popędową, nie może podołać zadaniu swemu. Zaradzić temu możemy jedynie jużto zmniejszając zawady w obwodowém krążeniu, jużtéż wzmacniając czynność serca za pomocą podniet do zasobu sił jego zastósowanych. Kąpiele letnie i chłodne — nie ciepłe i „obojętne“ — obydwom tym zadaniom czynią zadość, najprzód dla tego, że pierwotnie lub następowo (stósownie do ciepłoty skóry przed kąpielą) rozszerzają koryto naczyniowe a powtóre, ponieważ potęgują odruchowo innerwacyję serca, co jest nader ważnym i nieocenionym czynnikiem ćwiczącym i wzmacniającym mięsień sercowy. Musimy to uważać za jednostronność, jeżeli np. Oertel kładzie tu wyłączny prawie nacisk na konieczność usuwania zawad mechanicznych (odwadnianie, odtłuszczanie itp.). Serce bowiem jest wprawdzie pompą ssąco-tłoczącą, ale przewyższa mechaniczną taką pompę nieskończenie tém, że na mocy zawiłéj swéj innerwacyi umie się zastosowywać do istniejących w każdéj chwili potrzeb. Dla tego też zadaniem naszém nie mniéj ważném jest w miarę potrzeby i możności na innerwacyję tę wpływać. Zadaniu temu niczém tak dobrze zadość czynić nie możemy, jak stosowaniem odpowiednich podniet termicznych.

Tak się na rzecz tę zapatrując zrozumiemy, że nie same tylko kąpiele letnie mogą pomyślnie serce podniecać i ćwiczyć, lecz że w innych znów przypadkach, mianowicie gdzie rozchodzi się o zapobieżenie zmianom niekompensacyjnym w krążeniu, inne zabiegi lecznicze jeszcze lepsze dają rezultaty (krótkie kąpiele zimne, zimne nacierania, chwilowe zimne natryski). Gdzie zaś istnieją już następstwa niekompensacyi, tam prócz lekkiego podniecania serca trzeba dążyć do usuwania obwodowych zawad w krążeniu; tu przy niezbyt podupadłéj czynności serca (stłuszczenie, zanik) można używać wyjątkowo kąpieli ciepłych (28°C.). Niemniéj ważny jest wpływ na zachowanie się naczyń obwodowych. Istnienie bowiem jednostajnego i nieprzerwanego prądu krwi, podczas skurczu i rozkurczu serca, w tętnicach, naczyniach włosowatych i żyłach zależném jest w wysokim stopniu nie tyle od siły popędowéj serca, ile od napięcia sprężystych ścian tętniczych. W przypadkach obniżenia tego napięcia winniśmy je wzmagać i potęgować, bo tym sposobem najłatwiéj i najnaturalniéj sprawiamy ulgę i pomoc przeciążonemu pracą sercu. Do utrzymania doskonałéj sprężystości ścian tętniczych przyczyniają się również i zawarte w nich mięśnie gładkie, głównem zadaniem których jest prawidłowe rozmieszczenie krwi, regulowanie odpływu i dopływu jéj do różnych części ciała; oneto zwężając lub rozszerzając koryto naczyń mogą kompensować a nawet przewyższać zmiany w czynności serca. I w tym względzie wpływy termiczne mają wielką doniosłość, o ile odruchowo zmieniają koryto naczyniowe. Wpływ ten z natury rzeczy musi być inny w przypadkach obniżonego nadmiernie parcia ościennego w tętnicach (jak np. w wadach zastawki dwoistéj), oraz zmniejszonego napięcia ścian tętniczych (niedomykalność zastawki półksiężycowéj aorty), a inny tam, gdzie napięcie to jest znacznie podwyższone (zwężenie ujścia aorty). Nie można więc mówić o pewnym niezmiennym a stałym sposobie kąpielowego leczenia chorób sercowych, bo postać i natężenie wpływów termicznych stósować się muszą do każdorazowego zachowania się serca i naczyń. W jednych przypadkach wszelkiego podniecania innerwacyi serca unikać trzeba, w innych odpowiednie podniety są wprost wskazane, raz trzeba głównie wpływać na napięcie naczyń obwodowych z równoczesném podniecaniem serca, drugi raz tego ostatniego unikać.

Podobnie zbawienny wpływ ścieśnionego powietrza tłumaczy autor ochroną serca i oszczędzaniem mu pracy, gdy bacząc na wywody Biederta z wielkiém prawdopodobieństwem powiedzieć można, że i tu działają przeważnie wpływy ćwiczące. W ogóle pneumatoterapija wymaga więcéj wyczerpującego obrobienia, niż je w dziele autora znajdujemy.

Opis i charakterystyka kąpieli zwanych obojętnemi nie wypadła szczęśliwie. Pochodzi to ztąd, że autor poszedł torem pisarzy niemieckich, którzy siłą się na to, aby uzasadnić istnienie kąpieli o ciepłocie obojętnéj a przecież na ustrój działających. Naszém zdaniem już sam fakt, że kąpiele tak nazwane bardzo wyraźne wywołują zmiany w czynnościach ustroju a szczególnie w układzie nerwowym, dowodzi dostatecznie, że ciepłota ich dla ustroju obojętną nie jest. Jeżeli zaś autor przypuszcza, że zmniejszają one utratę ciepła przez skórę a przecież mają nie podwyższać, lecz obniżać produkcyję ciepła, to na to żadnego nie mamy dowodu, bo wspomniane przez autora doświadczenia z pracowni Pflügera bynajmniéj się w tym kierunku spożytkować nie dają. Sądzimy, że mówić o skuteczności kąpieli obojętnéj jest rzeczą wręcz nielogiczną — *contradictio in*

adjecto. Działanie ich nie polega na têm, że żadnego nie wywierają bodźca, ani téż, że usuwają wszelkie podniety skórne, lecz pochodzi głównie ztąd, że działają w nich podniety słabe jednostajnie i przeciągle. Dla takiego tłumaczenia fizyjologija dostarcza dostatecznéj podstawy. Sam fakt, że kąpiele w mowie będące wyrównywają istniejące zawsze różnice w ciepłocie różnych obszarów skóry, że więc sprowadzają jednostajną i jednaką ciepłotę w całéj niemal skórze, każe przypuszczać z koniecznością, że nie działają one i na ciepłotę ciała obojętnie. Przytém obniżają natężenie podniet równocześnie na układ nerwów czuciowych działających, a têm samém sprawiają wybitne zmiany w pobudliwości ośrodków nerwowych. W obec znacznych zazwyczaj różnic w ciepłocie różnych części skóry nie można sobie wyobrazić takiéj kąpieli, w któréjbyśmy nie doznali pewnych, choćby najlżejszych, wrażeń termicznych a suma takich wrażeń musi wywołać odruchowe zmiany w krążeniu krwi i przemianie materyi. Trudno się zgodzić z przypisywanym im przez autora bezpośrednim wpływem na mięśnie gładkie skóry i naczyń, bez pobudzenia nerwów naczynioruchowych.

W rozdziałach o przemianie materyi opiera autor wywody i poglądy swoje na pracach Voita i, o ile stanowisko téj gałęzi fizyjologii dziś pozwala, racyjonalne daje wskazówki i rady.

Dzieło Hoffmanna ze wszech miar godne jest czytania i studyjowania; wieje z niego ożywczy powiew zapatrywań fizyjologicznych, który uśpione od dłuższego czasu zajęcie dla terapii ogólnéj obudzić może i z pewnością obudzi.

Dr. Smoleński.

Schmidt: **Jodol, nowy środek przeciwgnilny.**

Po raz pierwszy wytworzył to połączenie Cionumiciani w Rzymie z oleju zwierzęcego, obecnie wyrabia je Dr. Hoffman (Kalle et Comp., Biebrich n. R.) fabrycznie. Jodol ma nad jodoformem, którego miejsce w chirurgii ma zająć, tę wyższość, iż jest prawie zupełnie bezwonnym; drugą a daleko ważniejszą zaletą jego jest to, iż nie wywołuje zatrucia, tak przynajmniéj pozwala przypuścić dotychczasowe doświadczenie autora rozciągające się na czas 6ciu miesięcy a nabyte w klinice chirurgicznéj w Heidelbergu. Drowie Mazzoni w Rzymie i Wolf w Strasburgu nabyli tego samego przekonania. — W wodzie jest trudno rozpuszczalny 1:5000, w alkoholu 1:3, w eterze 1:1, w oliwie 1:7.

W klinice heidelberskiéj używano go we formie proszku, w rozczynie (jodolu 1,0, wyskoku 16,0, gliceryny 34,0) i w postaci gazy (10%). Zauważano przytém, iż wypotrzebowano tego proszku mniéj niż jodoformowego, dzięki jego większéj miałkości. Wydzielina bywa przy têm bezwonną, proszek jodolowy zmięszany z nią nie tworzy strupa, a wywołuje zdrową ziarninę.

Tamponami rozczynem jodolu napojonemi odwaniano cuchnące wydzieliny z wrzodziejących nowotworów rakowych macicy i kiszki odchodowéj; wstrzykiwaniami tego rozczynu do jam po ropniach powstałych jakoteż przetok sprowadzono szybkie zamknięcie się tychże. Wyszczególnić wypada gazę jodolową w saméj klinice sporządzoną; jest ona bardzo dobrym materyjałem opatrunkowym, pod nią szybko bardzo powstawała zdrowa ziarnina.

W moczu nie udało się w żadnym przypadku wykazać jodu. (*Schmidts Jahrb. d. ges. Med.* 1886, 1). *Dr. Gross.*

Dr. Ekk: **O nadzwyczajnéj śmiertelności w Rosyi i niezbędności uzdrowotnienia.**

Autor podaje ciekawe szczegóły statystyczne odnoszące się do ruchu ludności w Rosyi, z których wynika, iż śmiertelność wśród mieszkańców Rosyi, pomimo skuteczniejszego leczenia chorób teraz niż dawniéj, nie zmniejsza się lecz odwrotnie wzrasta; tak

na 1000 mieszkanców w r. 1877 umarło 32·5
„ „ „ „ 1880 „ 34
„ „ „ „ 1882 „ 39

Przyczyny tego zjawiska są: po pierwsze brak pomocy lekarskiéj: jako dowód przytacza autor statystyczne daty ze źródeł, zebranych przez departament lekarski, z których wypada, iż w roku np. 1881 z liczby 2,750.859 umarłych, zmarło bez pomocy lekarskiéj 91%, a w r. 1882 z liczby 3,464.404 89%. Powtóre niedostateczna ilość powszedniego chleba: ze statystycznych danych z lat 10 od r. 1870 do 1881 można widzieć, iż na każdego mieszkańca, po odliczeniu sprzedanego za granicę i użytego dla rozmaitych fabrykacyj zboża i po przeprowadzeniu wszystkich pokarmów na chleb, wypada 1,50 czetwierti, tj. mniéj od przyjętéj normy po 0,25 czetwierti, czyli że dla mieszkańców Rosyi potrzebaby było jeszcze 23,000.000 czetwierti. Po trzecie najgłówniejszą przyczyną jest rozwój miast i przemysłu, skutkiem czego zwiększa się rozwój chorób zakaźnych; na poparcie tego zdania przytacza E. statystykę miasta Izbit, w którém w latach 1801—1813 na 100 urodzonych umarło 76·36 od tego czasu śmiertelnosćć jednocześnie z rozwojem miasta wzrastała i w latach 1863—1870 na 100 urodzonych zmarło już 119.97, tj. miasto zaczęło wymierać. Takich miejscowości w Rosyi podług autora jest wielka ilość. Ten wzrost śmiertelności w miastach czyni autor zależnym od braku odpowiedniéj czystości, braku dobréj wody i innych warunków zdrowotnych. Czynniki te, razem z niedostatecznemi środkami pożywienia, są przyczyną tak wysokiéj śmiertelności. Lecz z zestawienia śmiertelności w poszczególnych prowincyjach Rosyi wypada, iż największa śmiertelność, a mianowicie 6,2% całéj liczby mieszkańców, przypada na gubernije środkowe, które w ogóle nie cierpią na brak chleba, a ztąd wynika, iż za główną przyczynę wysokiéj śmiertelności należy uważać zanieczyszczenie miast i miasteczek. Jako środek zaradczy zaleca autor niezbędność uzdrowotnienia, tj. kanalizacyi miast, osuszanie gruntu we wsiach, osuszanie błot, dostarczanie czystéj wody, urządzenie odpowiednich zabudowań dla fabryk, szkół, mieszkań itp. urządzenie lazaretów dla chorych zakaźnych. — Zastanawia się także autor nad skutkami tak znacznéj śmiertelności i uwidocznia je zestawieniami śmiertelności w innych państwach. Z zestawienia tego wypada, iż gdy w Anglii średnia długość życia = 53 l., w Niemczech = 37 w Rosyi wynosi tylko 29 lat i gdy średni wiek mieszkańców w Anglii = 27 lat w Niemczech l. 19 w Rosyi tylko 10 lat. W Rosyi więc musi być brak siły ludzkiéj w narodowém gospodarstwie, gdyż średni wiek wskazuje na wysoki stosunek niepełnoletnich do pełnoletnich, w skutek czego każdy pełnoletni w Rosyi musi więcéj pracować, niż w Anglii, aby wyżywić niepełnoletnich. Ponieważ w skutek tych warunków w Rosyi umiera na 1000—16 osób więcéj niż w Anglii rocznie, więc ubytek ten wyniesie 1,500.000 dusz. Ta strata dla państwa oceniona jak najniżéj wyniesie 50,000.000 rubli w postaci umarłych. Szkody ztąd wypływające dla państwa są znacznie większe niż koszta potrzebne dla odpowiedniego uzdrowotnienia miast, miasteczek, wsi itd., które podług autora wyniosłyby w przybliżeniu 60 milijonów rocznie tylko w ciągu 10 lat, a potém byłyby znacznie mniejsze i mogłyby być rozdzielone na wszystkich mieszkańców.

Rozprawa ta była wygłoszoną na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy rosyjskich w grudniu r. 1885. Towarzystwo uznało projekt i wniosek Dra Ekka za bardzo ważne i wybrało dla zastanowienia się nad niemi komisyję pod przewodnictwem Botkina. Komisyja dotychczas odbyła już kilka posiedzeń, na których uchwalono całą sprawę w drodze właściwéj przedstawić Ministerstwu spraw wewnętrznych. (*Mieżdynarodnaja Klinika* 1886, Nr. 3, 4). *N. Cybulski.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Prof. Mosler zaleca przeciw duszności **wstrzykiwania podskórne cocaini salicylici**. Autor przytacza obszerniéj trzy historyje choroby, na podstawie których głosi przekonanie, że jakkolwiek wstrzykiwania podskórne salicylanu kokainowego (po 0·04 *pro dosi*) nie leczą astmy, to przecież prędzéj niż inne leki usuwają napady i, jak się zdaje, wpływają także na zwiększenie czasu przerwy między napadami. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 11).

○ **Odjęcie uda wśród znieczulenia kokainem.** W New-York Medical Journal z 20 lutego rb. Dr. Varick z New Jersey opisuje przypadek, w którym użył kokainu jako miejscowego środka znieczulającego przy odjęciu uda. Chorego 39 lat liczącego przyjęto do szpitala z powodu powikłanego złamania nogi. Próba zastósowania eteru sprawiła tak alarmujące przypady, że musiano od niéj odstąpić i prosić Dra Corninga, aby zastósował swoją metodę ograniczonych wstrzykiwań słabych rozczynów kokainu, gdy odejmowano nogę powyżéj stawu kolanowego. Otrzymano wynik bardzo pomyślny; przecinanie skóry i głębiéj położonych części miękkich nie sprawiało bólu, lecz w czasie przepiłowywania kości chory mocno się skarżył. Do znieczulenia użyto 1% rozczynu, do znieczulenia części głębszych rozczynu ½%, w opisie nie podano dokładniéj ilości rozczynów wstrzykniętych. Takie przypadki jak powyższy okazują, że w kokainie posiadamy cenny środek miejscowo znieczulający, a który w pewnych okolicznościach skutecznie zastąpić nam może ogólne znieczulenie w najcięższych nawet operacyjach chirurgicznych. (*The Lancet* 1886 I Nr. 12).

Ω. R. Lépine poleca **leczenie włóknistego zapalenia płuc za pomocą miąższowych wstrzykiwań sublimatu.** Wstrzykiwał on kilku chorym w 3—4 miejscach chorobowego zmienionego płuca po 3—4 ctm. sz. sublimatu w rozczynie 1:40,000. Wstrzykiwania robił głęboko długiemi igłami, aby uniknąć zranienia większych naczyń. Chorzy znosili dobrze te wstrzykiwania. Stan gorączkowy już po kilku dniach ustępował a rezolucyja szybko następowała. Tylko w miejscach, w których wstrzykiwań nie robiono, rzężenia utrzymywały się przez czas dłuższy. Autor działanie wstrzykiwań przypisuje wpływowi sublimatu na rozwój prątków zapalenia płuc (choć dawka sublimatu jest prawie homeopatyczną, bo wynosi $^1/_{10}$ mgrm.) i zachęca do dalszych doświadczeń w tym kierunku. (Odbitka z *Compt rend. de l'Acad. des sciences* 1885, 10/8).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia 4 czerwca 1886 r.

Przewodniczący kol. prof. Korczyński.

Obecni Członkowie koll.: Cybulski, Gluziński, Jaworski, Mikulicz i Obaliński.

1. Podkomisyja wybrana na ostatniém posiedzeniu do spraw chirurgicznych proponuje, aby starać się o oddzielnych przedsiębiorców do fabrykacyi narzędzi chirurgicznych i do fabrykacyi przyrządów opatrunkowych, gdyż rozdział taki uważa jako najodpowiedniejszy. Co do opatrunków chirurgicznych uchwalono uprosić przewodniczącego, ażeby porozumiał się z kilkoma osobistościami znanemi i biegłemi w zawodzie chemicznym w celu założenia krajowéj fabryki opatrunków. Co do narzędzi chirurgicznych podkomisyja przedstawi swe wnioski na jedném z przyszłych posiedzeń.

2. Komisyja zgadza się z wnioskiem przewodniczącego, aby p. Ignacego Boehma zaprosić do podkomisyi obradującéj nad założeniem ogrodu aklimatyzacyjnego dla roślin lekarskich.

3. Przewodniczący zawiadamia, że komitet wystawy krajowéj, w skutek podania wniesionego przez niego, na posiedzeniu swojém w d. 18 maja uchwalił jako Vty dział wystawy utworzyć dział higijeniczno-lekarski i ratunkowy.

4. Przyjęto do wiadomości że kol. Murdziński podjął się referatu w sprawie krowianki krajowéj.

5. Kol. Jaworski zdaje sprawę ze zwiedzenia zakładu dla wód mineralnych sztucznych pp. Rzący i Chmurskiego oświadczając, że do otrzymania wód mineralnych używaną bywa woda przekroplona w osobnym parowym przyrządzie destylacyjnym, do wywiązania kw. węglowego używa się również odpowiedniego materyjału, bo magnezytu ze Żulina. Do czyszczenia tegoż gazu znajduje się dostateczna ilość przyrządów (5 opłuczek) jakotéż sączek walcowy napełniony węglem drzewnym; również w celu wydalenia powietrza przy napełnianiu flaszek, jakotéż syfonów wody sodowéj, znaleziono stosowne urządzenia. W ogóle zakład ten co do swego urządzenia jest w zupełnéj możności wyrabiania dobrych wód mineralnych i burzących. Komisyja przyjmuje z uznaniem dla pp. Rzący i Chmurskiego do wiadomości sprawozdanie to kol. Jaworskiego. Następnie uchwala Komisyja, aby wejść w porozumienie z tą fabryką, czyby nie podjęła się wyrabiać obok teraźniejszéj wody sodowéj, która w obec braku w Krakowie wodociągów nie może zupełnie odpowiadać wymogom ścisłéj higijeny, wody sodowéj higijenicznéj według wskazówek Komisyi. Załatwienie téj sprawy polecono kol. Jaworskiemu, jak niemniéj uproszono go do częstego i naprzód niezapowiadanego kontrolowania sposobów przyrządzania wód mineralnych sztucznych i wody sodowéj w zakładzie pp. Rzący i Chmurskiego.

6. Na wniosek kol. Gluzińskiego uchwalono prosić Tow. lek. krak., aby zezwoliło Komisyi w imieniu swojém wejść w bliższe porozumienie z Tow. lek. we Lwowie, Poznaniu, Warszawie i Wilnie prosząc je o poparcie i wskazówki w pracach Komisyi, a redakcyje pism lekarskich polskich uprosić o powtarzanie protokółów z posiedzeń Komisyi umieszczanych w Przeglądzie Lekarskim.

7. Uproszono koll. Korczyńskiego i Mikulicza, ażeby postarali się o cenniki zagraniczne przyrządów do pielęgnowania chorych służących a to w celu porównania cen ich z cenami przyrządów tych w kraju wyrabianych.

Doc. Dr. Gluziński, sekretarz.

VI. Zapiski kazuistyczne z zakładu sądowolekarskiego prof. E. Hofmanna w Wiedniu.

Podał **Dr. Schaitter.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

VIII. Jednego dnia zdarzyło mi się widzieć na stole sekcyjnym dwa przypadki, z których każdy z osobna przedstawiał wielkie podobieństwo do otrucia fosforem a po dokładném badaniu zdołano przekonać się, że ma się do czynienia zupełnie z czém inném.

Pierwszy z tych przypadków dotyczył mężczyzny lat 66 liczącego, który, jak wykazały wywiady, był połowiczo porażony po stronie prawéj od roku 1873. Od 7 miesięcy nie opuszczał łóżka, zresztą jednak ostatniemi czasy nie użalał się na żadne donioślejsze przypady. Zwłoki mężczyzny wysokiego wzrostu, nader wynędzniałego, skóra blada ze słabym odcieniem żółtawym. Błony śluzowe bardzo blade, powieki nieco opuchłe, odnogi dolne również, zwłaszcza około

kostek. Po stronie zewnętrznéj przedramienia lewego kilka sinych miejsc wielkości grochu, które po nacięciu okazują się jako wybroczyny podskórne, zawierające krew skrzeplą; podobne, jakkolwiek rozleglejsze, wybroczyny znajdują się pod skórą obu ud i podudzi, gdzie rozciągają się pręgowato aż ku piętom. W lewym dołku podkolanowym znajduje się takaż wybroczyna rozmiarów dłoni, przez skórę przeświecająca w sposób uderzający, a po przecięciu widać, że krew skrzepła zachodzi głęboko pomiędzy kruche i żółtawo zabarwione mięśnie uda. Dziąsła tak u góry, jakotéż u dołu sine i osunięte w znacznéj części z koron zębów, są nader kruche i z łatwością dają się palcem jeszcze daléj z zębów zesunąć. Na ciele nie widać nigdzie otarć ani śladów obrażenia. Powłoki czaszkowe miękkie nieco żółtawo zabarwione, mózg miękki, blady na przekroju, po obu stronach, w okolicy jądra soczewkowatego, ogniska otorbione, zawierające płyn bezbarwny, otoczenie ognisk tych rdzawe. Tętnice podstawowe o ścianach zgrubiałych. Serce duże, wiotkie z dosyć znacznym pokładem tłuszczowym. Zastawki i śródsierdzie po stronie lewéj wysepkowato zgrubiałe, toż samo błona wewnętrzna tętnicy głównéj. Obie połowy serca powiększone, mięsień gliniasto-żółty, nader kruchy. Płuca miernie surowiczo obrzękłe, wszędzie powietrzne. Wątroba w wysokim stopniu tłuszczowo zwyrodniała, śledziona mała, krucha, torebka jéj zgrubiała. Nerki również tłuszczowo zwyrodniałe, wiotkie. W dolnéj części jelita biodrowego tu i owdzie, w jelicie grubém wstępującém w grupach ustawione owrzodzenia wielkości grochu i większe o brzegach zatokowatych, o podstawie podbiegniętéj krwią skrzepłą w rozległości kilku cm. kw. Podobne, jakkolwiek mniejsze, podbiegnięcia widać w kilku miejscach pod błoną śluzową bez owrzodzeń.

Każdy przyzna, że w obec takiego rezultatu sekcyi, przy któréj spostrzega się żółtaczkę, bardzo znaczne stłuszczenie serca i wątroby a wreszcie liczne wybroczyny, musi nasunąć się myśl o otruciu fosforowém. W tym jednakże przypadku z inną sprawą miało się do czynienia: ze skorbutem, jak za tém przemawiają zmiany na dziąsłach daleko posunięte. Ta sama sprawa chorobowa może również wytłumaczyć owrzodzenia na tle wybroczyn, znalezione w jelitach, którychto owrzodzeń nigdy nie napotyka się w otruciu fosforowém—wreszcie, pomijając już brak przypadów za życia, i to przemawia przeciw otruciu fosforowemu, że w tym przypadku widzi się głównie system błon śluzowych dotknięty wybroczynami, których nigdzie nie ma pod błonami surowiczemi a i żołądek oprócz zmian przewlekle zapalnych nie przedstawiał obrazu właściwego otruciu fosforowemu.

W przypadku drugim zachodziło pozorne podobieństwo jeszcze większe z wspomnianém otruciem. Mężczyzna lat 49 liczący, przyniesiony na oddział chorób wewnętrznych w stanie nieprzytomnym, okazywał podwyższoną ciepłotę ciała, i nader liczne wybroczyny wielkości grochu na całéj skórze wzniesione, najmniéj na twarzy. W tym stanie umarł chory w ciągu następnéj nocy a przy zarządzonéj sekcyi okazało się co następuje:

Zwłoki mężczyzny bardzo dobrze zbudowanego pokryte wybroczynami już to wielkości grochu już téż to mniejszemi, które zajmują przedewszystkiém skórę klatki piersiowéj, brzucha i odnóg, na twarzy wybroczyn tylko kilka, obie spojówki jednak podbiegnięte tak znacznie na całéj przestrzeni, iż pęcherzykowato wzniesione występują niejako ze szpary powiekowéj. Twarz zwłok okazuje liczne a zwłaszcza na nosie wydatne blizny poospowe. Śladów po szczepieniu nie widać na żadném ramieniu. Zresztą na zwłokach nie ma nigdzie śladu obrażenia. Powłoki czaszkowe okazują po stronie wewnętrznéj kilka wybroczyn pod skórą. Opony mózgowe jakotéż sam mózg nie przedstawiają nic uwagi godnego, w zatokach żylnych krew wiotko skrzepła. Wśród otwierania klatki piersiowéj i jamy brzusznéj widać liczne wybroczyny wśród mięśni piersiowych i prostych brzucha. Błona śluzowa przełyku i krtani mocno zaczerwieniona a po spłukaniu gęstego śluzu widać w przełyku i na fałdach języko-nagłośniowych kilka pęcherzyków wielkości soczewicy wypełnionych cieczą wodnistą, mętną. Płuca wolne, pod opłucnemi nader liczne wybroczyny, dochodzące rozmiarów bobu, toż samo w śródpiersiu tylném i u wnęk płuc obu surowiczo obrzękłych, lecz wszędzie powietrze zawierających. Wybroczyny w tych miejscach zlewają się prawie ze sobą. Osierdzie, w kilku miejscach ścięgnisto zgrubiałe, przedstawia kilka drobnych wybroczyn, komórki sercowe zawierają wiotkie skrzepy częściowo odbarwione, pod śródsierdziem komórki lewéj również kilka wybroczyn wielkości soczewicy. Mięsień sercowy gliniasty i kruchy, zastawki i tętnice główne bez zmian ważnych. Torebka wątroby w kilku miejscach krwią podbiegła, zwłaszcza całą okolicę więzadła wątrobowo-przeponowego zajmuje jedna rozległa wybroczyna. Miąższ wątroby w wysokim stopniu stłuszczony. Śledziona nieco powiększona, lecz na przekroju twarda. Żołądek zawiera nieco gęstéj śluzowéj treści obficie żółcią zabarwionéj. Krezka w kilku miejscach krwią podbiegnięta w miejscu przyczepienia jelit. Nerki również stłuszczone, w nerce lewéj rozległe podbiegnięcie zajmuje okolicę wnęki i miedniczki nerkowéj.

Dwie okoliczności w tym przypadku nie dozwoliły myśleć o otruciu fosforowém, a mianowicie: lokalizacyja wybroczyn widocznych przez skórę i ich rozmiary i pęcherzyki znalezione w przełyku i nad nagłośnią. Okoliczności wymienione usprawiedliwiły wątpliwe rozpoznanie szpitalne: *variola haemorrhagica*, co w tym przypadku o tyle jeszcze zadziwiać musiało, ile że na twarzy zmarłego były nader widoczne ślady ospy przebytéj. Wybroczyny skórne były mniejsze niż się je widzi zazwyczaj w przypadkach otrucia fosforem a jakkolwiek w niektórych miejscach zlewały się ze sobą, to jednak wszędzie było można rozpoznać, że wybroczyna większa powstała w skutek zlania się kilku lub kilkunastu małych. Co jednak ważniejsza, wybroczyny te znajdowały się w saméj skórze i w skutek tego były tak widoczne, według doświadczenia zaś występują one w otruciu w tkance podskórnéj a rzadko tylko zdarza się, ażeby na zwłokach świeżych były widoczne już na pierwszy rzut oka bez nacięcia skóry. Wreszcie nie było w tym przypadku żółtaczki, będącéj stałym objawem w otruciu fosforowém, skoro już przyszło do tak rozległych wybroczyn.

IX. Uważam za stósowne donieść tutaj przynajmniéj pokrótce o przypadku samobójstwa przez otrucie gazem świetlnym, które zdarzyło się podczas mojego pobytu w Wiedniu. Rzadki ten dotąd sposób odbierania sobie życia zaczyna od pewnego czasu wchodzić w modę, dawniéj był bowiem tamże nieznany. Pierwszy przypadek taki zdarzył się zeszłego roku i nabył pewnego rozgłosu z powodu okoliczności, które stały się przyczyną samobójstwa. Przed kilku miesiącami zdarzył się drugi taki sam przypadek. W mieszkaniu prywatném ujrzano wcześnie zrana leżące na korytarzu zwłoki dziewczyny pod świecznikiem gazowym ściennym, na którym była nasunięta rura gumelastyczna, używana za-

zwyczaj do lamp gazowych stołowych. Kurek gazowy był otwarty, a woń gazu dawała się uczuć w całéj téj sieni. Sekcyja zwłok wykazała obraz typowy otrucia tlenkiem węgla tego rodzaju, że się go zapewne nigdy więcéj uzupełnionym we wszystkich szczegółach widzieć nie może. Nadto jednak wykazano kilka wybroczyn pod spojówkami i pod błonami surowiczemi. Prof. Hofmann twierdzi, że wybroczyny takie widzi się najczęściéj w tych przypadkach otrucia tlenkiem węgla, w których ostatecznym niejako aktem było uduszenie, albo z powodu, że drogi oddechowe były zamknięte dla równoczesnego dopływu tlenu od zewnątrz, albo też zamknięcie nastało za pomocą wymiocin, widywanych tak często u otrutych wymienionym gazem. Przypadku niniejszego nie można było zużytkować na poparcie tego twierdzenia, gdyż nie można było dowiedzieć się o szczegółach zajścia a mianowicie, czy rura gumelastyczna była wprowadzoną do ust a otwory nosowe zatkane, czy też rzecz miała się inaczéj.

X. W tym samym czasie brałem udział przy sekcyi zwłok płodu 8 miesięcznego wydobytego z łona matki za pomocą cięcia cesarskiego po śmierci téjże. Niestety śmierć matki zmarłéj z gruźlicy płuc spostrzeżono tak późno, że o przywróceniu dziecka do życia nie mogło być mowy, a lekarz, który dokonał cięcia cesarskiego, wcale nie czynił zabiegów w tym kierunku. To też przypadek ten zdawał się bardzo odpowiedni do podjęcia prób celem przekonania się, czy za pomocą sposobu Schultzego można płuca noworodka wypełnić powietrzem. Przed podjęciem prób przekonano się wypukiem, że płuca nie zawierają powietrza i że ani w okolicy żołądka, ani kiszek nie ma odgłosu wypukowego jawnego. Mając do téj pory pewną podstawę do przypuszczenia, że za pomocą sposobu Schultzego można powietrze wprowadzić do płuc, podjąłem szereg wahań, stosując się ściśle do opisu postępowania, podanego kilkakrotnie przez samego Schultzego i Rungego. W obec prof. Hofmanna i asystentów wykonałem 30 wahań, wśród których słychać było wyraźnie świst opisywany przez Rungego a smółka wydobywała się dosyć obficie, tak jak to podają zwolennicy téj metody postępowania. Badanie za pomocą wypuku dawało teraz rezultat ten sam, co przed wahaniami z tą różnicą, że odgłos wypukowy w y d a w a ł się z przodu po stronie lewéj nieco jawniejszy niż w innych okolicach klatki piersiowéj. Przy sekcyi, którą natychmiast wykonano, okazało się, że zaledwie mały skrawek płuca lewego był powietrzem wypełniony, ilość jednak tegoż była tak nieznaczna, że nie była w stanie sprowadzić pływania ani płuc w całości z sercem i tchawicą, ani nawet samego lewego płatu, który tonął, podczas gdy przybrzeżne a powietrzne pęcherzyki zwracały się ku górze. Zaledwie same jaśniéj zabarwione części płuca, wycięte ostrożnie nożyczkami, utrzymywały się na powierzchni wody. Reszta miąższu płuc miała wejrzenie płuca płodowego bezpowietrznego a przez rurkę wydać ją można było całkowicie.

Próba ta wykonana na zwłokach noworodka, który był niewątpliwie odpowiednio dobrany na poparcie lub osłabienie teoryi Schultzego, dowodzi, że tym sposobem powietrze do płuc wprowadzić można, ale czyto jest tak łatwém, jak opisują autorowie, w to wątpić należy, a zdanie proff. H o f m a n n a i B l u m e n s t o k a, że sposób ten nie nadwyręża wcale stanowiska próby płucnéj i że ma raczéj znaczenie w teoryi aniżeli w praktyce, w zupełności potwierdzić należy. W tym przypadku wszystko przemawiało za tém, że śmierć nastała z utopienia się w wodzie płodowéj a jakkolwiek składników wody płodowéj nie poszukiwano w treści oskrzel, to jednak aspiracyja tego płynu była zapewne przyczyną, że płuca nie wypełniły się powietrzem w znaczniejszéj części miąższu, lecz tylko w bardzo ograniczoném miejscu, gdzie właśnie zapewne oskrzele pozostało drożném.

XI. Zajęcie słuchaczów prof. H. wzbudził w wysokim stopniu przypadek sekcyi kobiety lat 20 kilka liczącéj, którą przyjęto do szpitala z objawami zapalenia otrzewny. Chora ta nie podawała żadnych dat, któreby mogły rzucić światło na przyczynę jéj choroby. Już jednak lekarze szpitalni zauważyli objaw niezwykły, a mianowicie moczenie krwawe, które pojawiło się w pierwszym dniu pobytu w szpitalu, późniéj zaś ustąpiło. Dopiero sekcyja wykazała, że przyczyną zapalenia otrzewny było obrażenie pęcherza moczowego, prawie na samym jego szczycie. W miednicy małéj znaleziono znaczną ilość wypociny włóknikowo ropnéj, która pokrywała pętle kiszek a nawet otrzewnę ścienną. Wśród grubych złogów włóknika wykryto na otrzewnie pokrywającéj pęcherz moczowy ranę długości około 1 ctm. okrągławą, któréj brzegi równe były zlepione, obrzmiałe i częściowo wywinięte a otrzewna na około znacznie nastrzykana. Nie ulegało wątpliwości, że się miało do czynienia z obrzmieniem wywołaném przez wprowadzenie do pęcherza jakiegoś pręta długiego niepodatnego a cała sprawa wyjaśniła się, gdy w macicy rozmiarów pomarańczy spostrzeżono jajo płodowe dobrze rozwinięte. Wywiady czynione następnie wyjaśniły zajście tak, że dochodzenie sądowe wytoczone w tym przypadku musiało być zaniechane. W orzeczeniu swém wypowiedział prof. H., że denatka zmarła w skutek obrażenia mającego na celu spędzenie płodu, że obrażenie wywołane zostało przez wprowadzenie ciała obcego przez cewkę moczową do pęcherza a okoliczność ta przemawia z wielkiem podobieństwem do prawdy, iż zamachu dopuściła się sama nieboszczka. Rodzaju narzędzia użytego bliżéj oznaczyć nie było można, w każdym razie jednak musiało ono być grubsze niż drut od robienia pończoch, jakim posługują się od czasu do czasu kobiety celem sprowadzenia poronienia.

XII. W końcu zamierzam przynajmniéj kilku słowami wspomnieć o trzech przypadkach otrucia sinkiem potasu, które zdarzyły się równocześnie. Robotnik fabryczny lat około 40 liczący, oddany pijaństwu i z tego powodu bez zajęcia, postarał się o sinek potasu i rozczyn tegoż podał do picia dzieciom swoim podczas nieobecności żony a resztę rozczynu sam wychylił. Na trzeci dzień po tém zajściu poddano sekcyi troje zwłok, a mianowicie dziewczyny około 5 lat liczącéj, chłopca 3 letniego i ich ojca. Już z góry wiedziano, z czém się ma do czynienia, gdyż badanie chemiczne resztki płynu pozostałego w szklance przy samobójcy wykazało obecność sinku potasu. Zmiany znalezione przy sekcyi w żołądku były typowemi, najwybitniej wystąpiły one na zwłokach ojca a najmniéj widocznemi były na zwłokach najmłodszego dziecka. Woń charakterystyczna, opisywana tak często jako podobna do woni gorzkich migdałów, czuć się dawała dopiero po otwarciu żołądka, przy otwieraniu czaszki i mózgu nie mogłem spostrzedz żadnéj woni oprócz zwykłéj trupiéj, mimo że na to zwracałem uwagę. Również nie zauważył nikt z obecnych, jakoby plamy trupie miały być jaśniéj zabarwione niż to bywa zazwyczaj, na co już niejednokrotnie zwracali uwagę różni autorowie.

We wszystkich przypadkach otrucia sinkiem potasu, które miałem sposobność spostrzegać tak w zakładzie sąd. lek. krakowskim jakoteż w innych zakładach, zwracałem uwagę

na zabarwienie plam trupich, które zawsze w tych przypadkach znajdowałem o barwie zwykłéj. Jakkolwiek doświadczenie moje jest za małém, aby na téj podstawie wysnuwać wnioski, to jednak zmusza mnie ono do twierdzenia, że zabarwienie krwi jaśniejsze niż zwykle, o którém nawet prof. Hofmann wspomina, zdarza się stosunkowo bardzo rzadko i polega zapewne na łączeniu się HCy z hemoglobinem, jeżeli dawka trucizny była bardzo wielka.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** przekroczyła stanowczo granice państwa austryjackiego. Tym razem Węgry, zazdrosne o swoją samodzielność, nie mogą skarżyć się na upośledzenie, bo jednocześnie prawie choroba pojawiła się w Tryjeście i Rjece.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 20·2. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.): z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy i 1 przypadku duru brzusznego. W tygodniu od 6—12 czerwca umarło z ospy: w Warszawie, Wiedniu, Brukseli i Zurychu po 1, w Pradze 5, w Paryżu 2, w Petersburgu 6, w Odesie 2. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Petersburgu po 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z cholery umarło w Wenecyi 134. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 21. Z odry umarło w Berlinie 13, w Wiedniu 11, w Paryżu 26, w Londynie 39, w Petersburgu 33. Z płonicy umarło w Petersburgu 17, w Hamburgu 11, w Paryżu 12. Z błonicy umarło w Berlinie 12, w Hamburgu 14, w Paryżu i Londynie po 20, w Petersburgu 17. Z krztuśca umarło w Paryżu 12, w Londynie 36.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,2; we Lwowie 31,3; w Drohobyczu 35,8; w Kołomyi 30,6: w Przemyślu 23,1; w Stanisławowie 25,5; w Tarnopolu 18,4; w Tarnowie 22,5; w Czerniowcach 28,6; w Warszawie 24,6; w Poznaniu 38,1; w Opawie 42,7; w Ołomuńcu 30,7; w Bernie 44,5; w Pradze 37,5; w Wiedniu 27,7; w Lincu 25,7; w Salcburgu 33,3; w Gracu 25,1; w Tryjeście 31,8; w Insbruku 40,3; w Budapeszcie 37,8; w Berlinie 28,8; we Wrocławiu 29,9; w Gdańsku 30,8; w Dreźnie 25,0; we Fryburgu 25,2; w Hamburgu 47,1; w Kolonii 31,3; w Lipsku 17,7; w Mnichowie 33,4; w Strasburgu 26,9; w Amsterdamie 23,3; w Brukseli 22,3; w Chrystyjanii 17,5; w Genewie 23,8; w Kopenhadze 25,0; w Londynie 16,0; w Odesie 39,3; w Paryżu 20,7; w Petersburgu 32,7; w Stokholmie 19,7; w Wenecyi 75,1; w Zurychu 24,3. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 czerwca. W sobotę d. 3 lipca r. b. postanowili uczniowie medycyny Uniw. Jagiell. uczcić owacyją prof. Teichmana z powodu 25-letniéj działalności jego jako profesora w Wydziale lekarskim. W szczególności odsłoniętym zostanie biust prof. Teichmana w sali wykładowéj zakładu anatomicznego, na umieszczenie którego udzielił pozwolenie Senat akademicki. W uroczystości oprócz uczniów medycyny a pierwotnych jéj inicyjatorów wezmą udział: Rektor U. J., dziekan Wydziału lek., delegaci Towarzystwa lekarzy galic. itd., Towarzystwa lek. krak.

Prof. Ludwik Teichman urodził się w Lublinie w roku 1823. Gimnazyjum ukończył w Radomiu w r. 1846. Pierwotnie uczęszczał przez 2 lata na teologiję w Dorpacie a studyja lekarskie rozpoczął dopiero w roku 1851 w Heidelbergu. Już w roku następnym otrzymał posadę prosektora przy zakładzie anatomii opisowéj w Getyndze i odtąd poświęcił się wyłącznie anatomii. Z tego okresu czasu datuje się odkrycie kryształków heminowych, które odrazu przysporzyło nazwisku jego wielkiego rozgłosu. Stopień doktora medycyny otrzymał w Getyndze w r. 1855 po obronieniu rozprawy inaug. pod tytułem: *Zur Lehre von den Ganglien.* (Göttingen, 1856, 8vo, str. 27 z 1 tabl.). Otrzymawszy stypendyjum Blumenbacha podjął podróż celem zwiedzenia najsławniejszych zakładów anatomicznych kontynentu. W r. 1859 otrzymał *veniam legendi* z anatomii opisowéj w uniwersytecie w Getyndze. Do Krakowa przybył prof. T. na wezwanie Wydziału lekarskiego w r. 1861 i wykładał po prof. Heschlu pierwotnie anatomiję patologiczną, a w r. 1868 po ustąpieniu zasłużonego prof Kozubowskiego dotąd nieprzerwanie wykłada anatomiję opisową.

Główną zasługą jubilata jest wydoskonalenie techniki anatomicznéj, a doszedłszy w tym względzie do mistrzostwa zdumiewał preparatami swojemi znawców na wystawach międzynarodowych w Paryżu i w Wiedniu, a w dowód sprawiedliwego uznania otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa i tytuł radzcy rządowego.

Dwukrotnie pełnił prof. T. obowiązki dziekana Wydziału lekarskiego a w r. 1877 był rektorem Uniw. Jagiell.

Przez cały czas działalności swéj wierny dewizie wypowiedzianéj w mowie rektorskiéj: że w naukach przyrodniczych jedynie praca sumienna i nieuprzedzona powinna kierować badaczem, poświęcił się nieznużenie technice anatomicznéj widząc w niéj najważniejszy środek do rozszerzenia spostrzeżeń dotąd poczynionych. To też prace naukowe w tym kierunku ogłoszone, z pośród których wymienić należy dzieło pod tytułem: *Das Saugadersystem vom anatomischen Standpunkte.* (Lipsk, 1861) zyskały w swoim czasie uznanie świata naukowego, którego wyraz napotyka się w licznych wzmiankach dzieł znakomitych Hyrtla, Luschki i innych anatomów.

Największą zasługą prof. T. jako członka Wydziału lek. było staranie koło wybudowania i urządzenia Zakładu anatomicznego w Krakowie, który głównie jego zabiegom powstanie swoje zawdzięcza. Tak sam budynek, jakotéż urządzenie jego, oraz wzorowo utrzymane a obfitujące w okazy muzeum anatomiczne mogłyby śmiało stanąć w rzędzie pierwszorzędnych zakładów zagranicznych tego rodzaju i stanowić będą przez długie lata chlubną pamiątkę działania profesora, wyłącznie swemu zawodowi poświęcającego się, i śmiało rzec można, większą część życia przepędzającego w ulubionym zakładzie.

Dawniéj członek Tow. Naukowego krakowskiego, od czasu przeistoczenia onego w Akademiję Umiejętności jest członkiem czynnym téj najwyższéj instytucyi naukowéj a od lat kilku jéj wiceprezesem.

* Dr. Bogusław Longchamps we Lwowie obchodził przed kilku dniami 50-letni jubileusz doktorski. Urodzony we Lwowie w r. 1807, potomek najdawniejszéj rodziny tamecznéj mieszczańskiéj, uzyskał w Pradze czeskiéj dyplom doktorski w r. 1836 napisawszy rozprawę p. t. „*De cyanosi cardiaca*“; były wachmistrz w legii nadwiślańskiéj, od lat wielu lekarz miejski, cieszy się dotąd czerstwém zdrowiem i świeżością umysłu. Inicyjatywa do rzadkiéj a podniosłéj uroczystości wyszła od Towarzystwa lekarzy galicyjskich, a jakiéj używa czci sędziwy jubilat wynika ztąd, że prezydent miasta w gronie kilkunastu radnych pojawił się w jego pomieszkaniu, dziękując mu imieniem miasta za 34-letnią gorliwą służbę i wręczając mu kwotę 1000 zła. jako skromny upominek; nadto Rada miejska uchwaliła, aby jubilat odtąd pobierał pełną emeryturę ze wszystkiemi dodatkami bez względu, czy zechce daléj pełnić obowiązki lekarza miejskiego lub nie. W poczcie licznych deputacyj przybyli i lekarze miejscy z fizykiem Drem Kosińskim na czele, oraz Dr. Merunowicz, który po stosowném przemówieniu złożył z upoważnienia Tow. lekarskiego piękne album z fotografijami lekarzy, wreszcie p. Kochanowski wręczył adres od aptekarzy. Z dumą spoglądać może na żywot swój, kto zasłużył na takie uznanie ze strony kolegów i obywateli.

* Nieboszczyk król bawarski dawno już pochowany, a nie przestają zajmować się nim reprezentanci ludu bawarskiego, a nawet lekarze poza Bawaryją. Z uwagami nad jego chorobą i śmiercią spotykamy się ciągle jeszcze w dziennikach politycznych i lekarskich. W ostatnich dwóch numerach *W. med. Woch.* (wprawdzie tylko w osobnym dodatku) uważał za stosowne napisać formalny *Essay* o biednym królu profesor baron Mundy na podstawie szczegółów zaczerpniętych z dzienników politycznych; wielka szkoda, że wywody uczonego profesora nie zostały pomieszczone w felijetonie jednego z dzienników nielekarskich, gdzie znalazłyby odpowiedniejszych dla siebie czytelników i admiratorów, aniżeli w piśmie fachowém.

* W Iwoniczu do d. 20 czerwca było gości 349, w Cieplicach czeskich 2569. a w Szczawnicy 493.

* Dowiadujemy się, że doc. Jaworski z powodu przypadków familijnych w obecnym sezonie w Karlsbadzie praktykować nie będzie.

* **Wiedeń**. D. 28 czerwca wykonał Dr. Ullmann w klinice prof. Alberta pierwsze szczepienie ochronne przeciw wściekliźnie, pierwsze poza Paryżem. Zaszczepiono 13 osób ukąszonych przez zwierzęta wściekłe, a pochodzących z Galicyi, Siedmiogrodu, Czech, Morawy i Styryi. Jak wiadomo Dr. Ullmann niedawno temu powrócił z Paryża, gdzie zapoznał się z postępowaniem Pasteura.

* Rząd rosyjski przeznaczył 100,000 franków dla zakładu Pasteura.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Dziekanem na rok przyszły wybrany został prof. Ludwig. — **Berlin**. Prof. Helmholtz mianowany został wicekanclerzem orderu *pour le merite*. — Docent prywatny i fizyk obwodowy Dr. Fryderyk Falk mianowany został nadzw. profesorem. — **Praga**. Rektorem Uniw. niemieckiego na rok przyszły wybrany został prof. chirurgii Gussenbauer. — **Graz**. Rektorem uniwersytetu na rok przyszły wybrany prof. med. sądowéj Schauenstein.

* **Nekrologija**. W Petersburgu umarł Dr. Wilhelm Froebelius, urodzony tamże w r. 1812, uczeń Pirogowa, a późniéj znakomity okulista.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 26: Heringa: Kwas mleczny, jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych, towarzyszących t. zw. suchotom krtani (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Mayzla: Prof. Ludwik Teichman; Malinowskiego: Kilka uwag o malaryi i o patognostycznem znaczeniu powiększenia śledziony u dzieci; Fabiana: Rozbiór chemiczny cybilsu stałego; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.). — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 7: Boczkowskiego: Liszaj wyłysiający; Wiktora: O leczeniu tylczaka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. S. S. ZALESKI (w Dorpacie): Badania nad żelazem wątroby. (Odbitka z „Gazety Lek.") Warszawa 1886, in 8vo str. 8.

Dr. KÖHLER (w Poznaniu): Zwei Fälle von Heufieber. (Odbitka z „Berl. klin. Woch." 1886) in 8vo str. 3. (Przypadki te były ogłoszone w Przegl. Lek.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 b. m. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) prof. Browicz mówić będzie o wrzodach części pochwowéj macicy i pochwy, poczém 2) kol. Prus będzie miał rzecz o wykrytych przez siebie nerwikach nerwów i przedstawi odpowiednie preparaty drobnowidowe.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Gołogórach z roczną płacą 300 złr.

Bliższéj wiadomości udziela

Adolf Wujcicki
Naczelnik gminy.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtor arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 10 lipca 1886. **№ 28.** Rok XXV.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Chrzęstniak wielkości główki dziecięcéj wychodzący z kości gnykowéj.

Podał Dr. Ignacy Link,
lekarz pułkowy, obecnie operator w téjże klinice.

W bieżącym roku szkolnym obserwowano w klinice chirurgicznéj w Krakowie przypadek chrzęstniaka wychodzącego z kości gnykowéj, wielkości główki dziecięcéj. Umiejscowienie i wielkość guza wywołały z jednéj strony znaczne zaburzenia w czynnościach sąsiednich narządów, z drugiéj zaś usunięcie nowotworu i następowe leczenie było połączone z licznemi trudnościami. Jeżeli przypadek ten już z tego powodu zasługuje na uwagę, to tém większe jeszcze budzi on zajęcie, gdyż chrzęstniaki wychodzące z kości gnykowéj niezawodnie należą do najrzadszych przypadków; nie mogłem bowiem nigdzie w dostępnéj mi literaturze znaleźć wzmianki, aby miejscem wyjścia tego nowotworu była kość gnykowa.

W. L., 40-letni wyrobnik, podaje, że pochodzi z rodziców zdrowych i że do 30 roku życia nie przebywał żadnych znaczniejszych chorób. W rodzinie chorego, o ile mu jest wiadomém, nowotwory dotychczas się nie pojawiały. W 31 roku życia zauważył chory w lewéj okolicy podszczękowéj guzek wielkości fasoli dość miękki, na który jednak dalszéj uwagi nie zwracał, gdyż wówczas jeszcze ani bólu ani jakichkolwiek innych dolegliwości nie doznawał. Przez 4 lata guz się wcale nie zmieniał, ani téż nie zwiększał. Późniéj jednak zaczął róść powoli, w ostatnim zaś roku nagle się powiększył, a chory począł doznawać w guzie od czasu do czasu bólów kłujących. Chory stanowczo zaprzecza, aby doznał kiedykolwiek jakiego urazu w okolicy guza.

Skoro guz do nadmiernéj wielkości doszedł i choremu począł sprawiać trudności przy mówieniu i połykaniu, wówczas szukając pomocy lekarskiéj zgłosił się on do tutejszéj kliniki. Stan chorego w dniu przyjęcia 30 grudnia 1885 był następujący: Mężczyzna wzrostu średniego o cerze blado żółtéj, skąpéj podściółce tłuszczowéj, słabo rozwiniętych mięśniach a silnéj budowie kośćca. Całą przednią i lewą połowę szyi zajmuje guz wielkości główki dziecięcéj. Guz ten rozciąga się w kierunku poziomym od lewego wyrostka sutkowego aż do prawego kąta szczęki dolnéj, ku dołowi zaś dochodzi na dwa palce powyżéj *fossa jugularis* i do lewego obojczyka; pokrywa on całą przednią i lewą połowę kości gnykowéj i krtani i przechodzi swą wypukłą zwisającą płaszczyzną tak ponad górném wejściem do klatki piersiowéj, że sięga aż do drugiego lewego żebra. Guz w całości jest kształtu nieregularnie półkolistego a na powierzchni jego widać liczne wypuklenia. Zbitość jego twarda, chrząstkowata, w miejscu niektórych wypukleń chełbotanie. Jest on mało tylko ruchomy, z podstawą zrośnięty, przy ruchach połykowych mało się porusza. Skóra nad nim mocno napięta, trudno w fałd ująć się dająca, zresztą prawidłowa. W jamie ustnéj brak po stronie lewéj dwu zębów dwuguzikowych i dwu trzonowych. Język wyparty ku górze przez guz wypuklający się z dna jamy ustnéj a mający tę samą zbitość, co guz zewnętrzny i widocznie z nim w związku stojący. Błona śluzowa jamy ustnéj prawidłowa, wydzielanie śliny zwiększone. Lewa ściana przełyku wyparta ku stronie prawéj okazuje tę samą zbitość co guz zewnętrzny. Chory nie może języka ku przodowi wysunąć i skarży się na znaczne dolegliwości przy połykaniu. Przy próbnéj punkcyi wydobyto z guza zewnętrznego ciecz bezbarwną, ciągnącą się, z guza zaś wewnętrznego ciecz galaretowatą. Ciecz ta badana kwasem octowym nie daje oddziaływania śluzu; badanie zaś mikroskopowe wykazało, iż składa się z istoty podstawowéj bezpostaciowéj i drobnoziarnistego rozpadu a nie zawiera żadnych składników ukształconych. Na podstawie badania zewnętrznego i drobnowidowego rozpoznano guz jako chrzęstniak wychodzący prawdopodobnie z lewego gruczołu podszczękowego.

Do wyłuszczenia guza przystąpił prof. Mikulicz 13 stycznia 1886. Cięcie w skórze 20cm. długie od kąta szczęki do zewnętrznego dolnego bieguna guza. Po dokładnem podwiązaniu żył leżących w cięciu oddzielono guz częścią nożyczkami, częścią tępo od otoczenia, przyczem przyczepiny zawierające naczynia przed przecięciem podwójnie *en masse* podwiązywano. W ten sposób oddzielono wewnętrzną część guza aż do kości gnykowéj; poczém przystąpiono do oddzielenia zewnętrznego odcinku, przyczém wspólną tętnicę szyjną na przestrzeni 4cm. odsłonięto. Po ukończeniu tego aktu odpreparowano dolną część i podstawę guza, co tylko z wielkim mozołem się udało, gdyż nowotwór był w tém miejscu ściśle z otoczeniem zrośnięty; przytém przerwano na przestrzeni 3cm. błonę tarczykowo-gnykową tak, iż przez otwór w ten sposób powstały można było widzieć nagłośnię. Oddzielenie guza w górnéj części jeszcze większe sprawiało trudności i pomimo najostrożniejszego preparowania wycięto z błony śluzowéj podstawy jamy ustnéj wąski pasek 6cm. długi. Wreszcie, gdy guz był już ze wszystkich stron wolnym, przystąpiono do oddzielenia go od krtani i kości gnykowéj i teraz się dopiero okazało, że był on z tą ostatnią ściśle złączonym. Wszystkie mięśnie przebiegające jużto pod guzem jużto przez sam guz, a mianowicie *mm. biventer*, *styloglossus* i *mylohyoides*, były częściowo w stanie zaniku, częściowo zaś tłuszczowo zwyrodniałe i musiały być po większéj części usunięte. Z kości gnykowéj pozostał tylko róg wielki prawy; nerwu podjęzykowego nie naruszono. Zatkawszy tymczasowo komunikacyję z jamą ustną i przełykiem gazą jodoformową wypłukano dokładnie całą jamę ranną 3% kwasem karbolowym, następnie zeszyto komunikacyję z przełykiem katgutem, otwór zaś na podstawie jamy ustnéj zatkano o ile możności dokładnie przez usta. Zresztą ranę w zwykły sposób drenowano, zespojono za pomocą 3 szwów płytkowych, 5 głębokich jedwabnych i powierzchownego szwu kuśnierskiego i pokryto dobrze uciskającym opatrunkiem jodoformowym.

Wyłuszczony nowotwór badano dokładnie w zakładzie patologicznym prof. Browicza. Guz waży 765gr., przedstawia się jako ciało mniéj więcéj kuliste o powierzchni nierównéj, opatrzonéj mniejszemi i większemi guzkami. Obwód w kierunku pionowym wynosi 37cm., w kierunku poziomym 42cm. Otoczony jest torebką łącznotkankową niejednakowéj grubości a oprócz tego na powierzchni jego widać pozrastane z nim mięśnie i ścięgna. Jedno ze ścięgien wchodzi w głąb samego guza jako twardy, biało połyskujący postronek. Na powierzchni guza widać nadto pod torebką przeświecające torbiele wielkości grochu do bobu wypełnione przeźroczystą galaretowatą cieczą. Na przecięciu przedstawia się guz jako twór rozmaitéj budowy a mianowicie w górnéj części spostrzegamy jamę wypełnioną ciągnącą się, galaretowatą, białawą cieczą. Ciecz ta pod mikroskopem przedstawia się jako zbiór komórek łącznotkankowych, kropelek tłuszczu i wielkiéj ilości dobrze rozwiniętych komórek chrzęstnych. Śród przekrajania nóż napotyka miejscami na znaczny opór. Powodem tego oporu są złogi wapienne nagromadzone mianowicie w samym środku guza; tu wśród tkanki chrzęstnéj napotykamy przy dokładném badaniu mocno zmieniony trzon kości gnykowéj. Badanie mikroskopowe wykazało, że guz jest chrzęstniakiem z licznemi ogniskami śluzakowatemi i torbielami.

Wewnątrz guza, jak wyżéj wspomniano, znaleziono trzon kości gnykowéj z dobrze zachowanym prawym wielkim rogiem. Po odwapnieniu za pomocą kwasu pikrynowego widzieć można na przekrojach jeszcze dobrze zachowaną okostnę. Beleczki zaś kostne są rozsunięte za pomocą nowotworowéj tkanki chrzęstnéj, która w nieregularnych ogniskach jest rozrzuconą i powoli przechodzi w masę właściwą guza, kość gnykową obrastającą. Lewy wielki róg uległ tym samym zmianom co i trzon kości gnykowéj i pozostaje w związku z tymże za pomocą tkanki chrzęstnéj. Do wnętrza guza wchodzi z torebki łącznotkankowéj kilka większych żył a w niektórych miejscach wewnątrz można widzieć małe wybroczyny.

Przebieg pooperacyjny był z początku zupełnie aseptyczny; wielkie powierzchnie ranne zlepiły się ze sobą rzeczywiście przez rychłozrost a rana cięta zgoiła się z wyjątkiem otworów drenowych *per primam*. Komunikacyje jednak z przełykiem i jamą ustną pomimo usiłowanego zamknięcia ich działały niekorzystnie na dalsze leczenie rany, potrawy bowiem i napoje dostawały się przez nie do dróg oddechowych i do jamy rannéj, czemu nawet przez sztuczne żywienie za pomocą sondy żołądkowéj nie można było przeszkodzić. Do tego dołączyły się jeszcze w pierwszych dniach po operacyi objawy, które za lekkie zatrucie kwasem karbolowym i jodoformem uważać było można, a mianowicie silny zapad, apatyja, tętno przyspieszone. Objawy te jednak znikły zaraz, gdy środki te zastąpiono octanem glinowym. Drenów z tego powodu nie usuwano, otwór na dnie jamy ustnéj zatykano przy codziennéj zmianie opatrunku tamponem z gazy odtłuszczonéj; chory czuł się zdrowszym, apetyt się zwiększał, chęć do życia się obudziła. Nagle, a było to 22 dnia po operacyi, chory zaczął gorączkować, wystąpiły objawy kataru oskrzelowego obok nieznacznych bólów w klatce piersiowéj. Badanie fizyczne płuc oprócz nieznacznych objawów nieżytowych nic nieprawidłowego nie wykazało, natomiast wykryto o p a d n i ę c i e r o p y d o ś r ó d p i e r s i a. Założono natychmiast przez ranę na szyi długi dren aż do śródpiersia przedniego i przez takowy co drugi dzień wstrzykiwano mięszankę jodoformową (*Glycerini* 10·0, *Jodoformi* 1·0), co znakomity skutek wywarło, gdyż mięszanka podnosiła do góry w głębi zatrzymaną ropę. Ciepłota opadła zaraz do stanu prawidłowego, a jeżeli się następnego dnia znowu nieco podniosła, to późniéj znowu opadła tak, że tylko 34 dnia po operacyi była znowu jeszcze nieco podwyższoną. Od tego czasu chory nie gorączkował, wydzielanie się jednak ropy z śródpiersia nie chciało ustąpić; to jak również ponowne podwyższenie się ciepłoty skłoniło prof. Mikulicza do zrobienia w *jugulum* przeciwotworu, czego następstwem było zamknięcie się nietylko komunikacyi z przełykiem i jamą ustną ale także i zewnętrznego otworu. Chory był 20 marca b. r. zupełnie uleczony, pozostało mu tylko porażenie gałązek nerwu twarzowego zaopatrujących lewy kąt ust. Jakkolwiek nerw podjęzykowy nie był podczas operacyi uszkodzonym, to jednak musiał on już przedtém w skutek ucisku guza wiele ucierpieć, albowiem chory tak przed jakoteż i po operacyi nie był w stanie wymawiać głosek gardlanych.

Trudności w połykaniu istniejące przed operacyją ustąpiły zupełnie, język leży w właściwém miejscu a chory może nim dowolnie poruszać, ruchy tylko odbywają się nieco leniwie. Dwie małe blizny na szyi przypominają dawniéj istniejący duży guz.

Pomimo dokładnego przejrzenia dostępnéj mi literatury nie mogłem znaleźć podobnego przypadku, jak już wyżéj wspomniałem. Otwarcie mówiąc i my przed operacyją

nie myśleliśmy o têm, aby chrzęstniak ten wychodził z kości gnykowéj. Z powodu wielkości guza dokładne oznaczenie jego punktu wyjścia było naturalnie wprost niemożliwém. Ponieważ jednak nowotwory chrzęstne w téj okolicy najczęściéj z gruczołu podszczękowego wychodzą, dla tego przypuszczaliśmy, że i nasz guz tu ma punkt wyjścia a w têm zgodziliśmy się zupełnie z wszystkimi autorami.

Riedel (*Deutsche Chirurgie*, zesz. 36, § 42) o chrzęstniakach na szyi tak się wyraża: „Zupełnie czyste formy chrzęstniaków zdarzają się tylko rzadko albo znajdujemy chrząstkę w włókniakach albo téż tkanka kostna rozwija się w chrzęstniakach. Małe chrzęstniaki można słusznie za szczątki łuków skrzelowych uważać“. Heusinger opisuje podobny preparat z noworodka przedstawiający guz złożony z czystéj chrząstki a zawierający setki małych torbieli. Reszta bierze swój początek z części chrzęstnych kręgosłupa; także gruczoły leżące w bliskości gruczołu przyusznego względnie podszczękowego bywają uważane za punkt wyjścia tych nowotworów; być może że i tu, jak w wspomnianych gruczołach ślinnych, mamy do czynienia z zbłąkanemi ogniskami zarodkowemi późniéj się dopiero rozwijającemi. Według Billrotha (*Allgem. chirurg. Pathologie u. Therapie* XI wyd. następnie *Chirurgische Klinik*, 1879) chrzęstniaki zdarzają się w następujących narządach i według częstości w następującym porządku: 1) Na falangach palców i kościach śródręcza (daleko rzadziéj na stopie). 2) Na kości udowéj i miednicowych; tu dochodzą guzy do bardzo znacznych rozmiarów. 3) Na kościach twarzy, jeszcze rzadziéj czaszki. 4) Na żebrach i łopatce. 5) Rzadko w torebkach ścięgnistych. 6) W jądrze, jajniku, sutku i śliniankach. O chrzęstniakach kości gnykowéj wcale nie wspomina. Lücke (*Pitha-Billroth Lehrbuch der Chirurgie. Lücke, Die Lehre von den Geschwülsten*) również nie czyni ani wzmianki o chrzęstniakach téj kości. Wagner (*Archiv der Heilkunde.* (1861), str. 283) widział chrzęstniak dna jamy ustnéj, który jednak w żadnym związku nie stał z kością gnykową. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste*) widział chrzęstniaki wychodzące z chrząstek krtaniowych, zdaje się jednak, że chrzęstniaka z téj kości wychodzącego wcale nie napotkał. Mackenzie (*Die Krankheiten des Halses u. der Nase.* Na niemieckie przełożył Semon. Berlin) obserwował chrzęstniak wychodzący z chrząstki obrączkowéj i rozrastający się wzdłuż przedniéj ściany tchawicy ku dołowi. I Rokitansky (*Lehrbuch der pathol. Anatomie*, 3 wyd., t. I) nie wspomina wcale o chrzęstniakach kości gnykowéj. Volkmann (*Beitrage z. Chirurgie*, 1875) opisuje przypadek chrzęstniaka śluzakowo-mięsakowatego (*chondroma myxosarcomatosum*) w okolicy podszczękowéj lewéj w górnym trójkącie szyjnym lewym usadowionego; punkt wyjścia nie jest dokładnie oznaczonym, według opisu jednak nie może nim być żadną miarą kość gnykowa. Paget (Cannstata roczniki, t. IV z r. 1851) utrzymuje, że chrzęstniaki tylko w następnych narządach pojawiają się: na kościach długich, na szczęce i kościach ręki, w gruczole przyusznym rzadziéj podszczękowym, a wreszcie w jądrze. Nélaton (*Elements de pathologie chirurgicale*, 2 wyd., 1876, t. IV), Birch-Hirschfeld (*Eulenburg Encyklopädie*, t. III, 1880) i inni również chirurdzy nie wspominają wcale o chrzęstniakach kości gnykowéj. König (*Lehrbuch der speziell. Chirurgie*, 1885, t. I, str. 554) omawiając guzy stałe na szyi o chrzęstniakach mówi tylko tyle, iż są one rzadkie i że można je za zbłąkane ogniska uważać. Albert (*Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre* z r. 1880) przytacza chrzęstniaki szczęki, gruczołu przyusznego, podszczękowego, sutka, łopatki, ramienia, miednicy i jądra. O chrzęstniaku kości gnykowéj zdaje się również nic nie wiedzieć.

II. O leczeniu ochronném wścieklizny metodą Pasteura.

Podał Dr. **Odo Bujwid.**

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 16 czerwca 1886).

Nowe odkrycia i metody wywołują zcierające się ze sobą poglądy. Przeciwnicy i zwolennicy przytaczają różne dowody mniéj lub więcéj słuszne, mniéj lub więcéj bezstronne, zwykle bardzo gorące, — prawda zaś na têm zyskuje tylko w miarę uspokojenia się umysłów i powolnego a bezstronnego rozpatrzenia. Przedmiotowość w razach takich jest wielce utrudnioną.

Celem mego krótkiego sprawozdania będzie powiadomienie o sposobach wykonania i wynikach metody Pasteura szczepienia wścieklizny.

Jad wścieklizny, zdaniem Pasteura, znajduje się przeważnie w ośrodkach nerwowych; jakkolwiek stwierdził on obecność jego także w niektórych gruczołach i ich wydzielinach (ślina, łzy).

Jeżeli cząstkę materyi nerwowéj zwierzęcia padłego na wściekliznę przeniesiemy pod oponę czaszkową zwierzęcia zdrowego, wtedy zakażenie następuje z pewnością i w czasie najprędszym; czas ten staje się dłuższym, jeżeli szczepimy w odległe nerwy lub pod skórę; w tym ostatnim razie zaszczepienie udaje się nie tak bezwarunkowo, jak gdy szczepimy pod oponę twardą.

Cząstka mózgu lub rdzenia psa wściekłego przeniesiona pod oponę twardą zdrowego królika wywołuje u niego wybuch choroby po upływie 13—18 dni; u psa okres ten jest dłuższy, wynosi bowiem 20—25 dni. Jeżeli zaś z królika padłego w ten sposób przeniesiemy na innego, potêm na trzeciego, zauważymy wtedy, że okres choroby u 25 pokolenia zmniejszy się do dni 9—10, wreszcie u 90 pokolenia szczepnego wyniesie 7 dni. Pasteur doprowadził dotąd swoje szczepienia do 116 pokolenia i zauważył nieznaczną skłonność dalszego zmniejszania się okresu choroby do dni 6.

Jeżeli rdzeń kręgowy z tak padłego królika zawiesimy w butli szklanéj, któréj powietrze osuszoném jest przez umieszczone na dnie kawałki potażu lub sody gryzącéj, wtedy po 14 dniach rdzeń traci zdolność zakażania, zachowuje jednak własności ochronne, które występują wyraźniéj przez kolejne zaszczepianie kilku takich rdzeni, których ilość dni wysuszania zmniejsza się stopniowo, a więc wynosi: 14, 13, 12 itd. aż do 5ciu. Rdzeń z 5go dnia jest już dość silnym i zaszczepiony bezpośrednio wywołuje wściekliznę, po przejściu zaś pomienionych stopni od rdzenia z przed dni 14 nie wywołuje żadnych objawów. Psy zaszczepione w ten sposób, poddawane działaniu nieosłabionego przyrzutu pod oponę twardą, a więc w sposób najpewniejszy, nic oddziaływały wcale, a więc ochronne działanie poprzednich szczepień zostaje stwierdzoném. Również stwierdził Pasteur, że jeżeli zaszczepimy silny jad i wkrótce potêm jad osłabiony poczynając od najsłabszego stopnia, wścieklizna się nie objawia. Ztąd wniosek, że po ukąszeniu przez psa wściekłego szczepienie stopni słabszych do mocniejszych chroni od wybuchu wścieklizny. Ponieważ zaś u człowieka okres wylęgania wścieklizny trwa 30—40 dni, zatém przed upływem dni 20 można szczepieniem zapobiedz wybuchowi.

Dotąd w przeciągu niespełna 8 miesięcy uległo szczepieniom leczniczo-ochronnym przeszło 1200 osób pokąsanych przez psy i wilki wściekłe (przez wilki 48), zmarło zaś śród objawów wścieklizny 8 osób (3 przez psy, 5 przez wilki). Szczepienia nie wywołały szkodliwych następstw u żadnego chorego, śmierć następowała w skutek wścieklizny zwykłéj, nie zaś szczepionéj; że tak jest a nie inaczéj, dowodem następująca okoliczność: rdzeń człowieka zmarłego z wścieklizny, po zaszczepieniu go królikowi wywoływał ją po upływie 13—18 dni, tj. w czasie, jakiego wymaga wścieklizna zwykła (*Rage des rues*); gdyby zaś przyczyną śmierci była wścieklizna szczepiona, śmierć królika nastąpiłaby po 7-dniowym okresie choroby; w takim bowiem okresie czasu zabija teraźniejszy słaby przyrzut.

Jeżeli tedy z niemieckimi nawet autorami przyjmiemy procent śmiertelności 5—6% po ukąszeniu przez psa (statystyka francuska i inne źródła niemieckie podają 12—15%) po ukąszeniu zaś przez wilka około 70—80% (statystyka włoska i rosyjska), wyniki przemawiają znakomicie na korzyść metody. (Dokładniejsze daty statystyczne umieściłem w Gazecie Lekarskiéj 1886 Nr. 23. Dokładne daty znalazłem także w pracy Dra Szpilmanna umieszczonéj w Przegl. Weterynarskim z rb.) Możnąby tylko uczynić jeden zarzut: czy wszyscy chorzy byli pokąsani przez psy rzeczywiście wściekłe? Każdy przybywający chory winien posiadać świadectwo lekarza lub weterynarza, inaczéj nie zostaje leczony; z uwagi jednak, że często nie podobna stwierdzić na pewno, czy dany pies był wściekłym, gdyż na to trzeba dłuższéj nad nim obserwacyi, z drugiéj zaś strony z uwagi na zbyt wielką dotychczasową liczbę zgłaszających się chorych, przypuszczam, że dużo zostało pokąsanych przez psy niewściekłe. Przypuszczenie to jednak uważam za niedostatecznie uzasadnione. Czy więc metoda może mieć wartość dla lecznictwa? Na pytanie to mógłbym odpowiedzieć tylko analogiją, gdyż własnego doświadczenia dotąd nie posiadam. Obóz niemiecki z Kochem na czele uważa rzecz za zbyt przesadzoną, niepozbawioną jednak pewnych podstaw, mianowicie należący do niego nie wątpią, że Pasteur ma do czynienia z prawdziwą wścieklizną i że takową wywołuje. Virchow, którego również osobiście interpelowałem, idzie daléj i przypuszcza możebność leczniczéj doniosłości, uważa jednak, że dotąd wyniki są za pośpiesznie przyjmowane.

Co do analogii, o któréj wspomniałem, wiemy przecież, że niektóre choroby bardzo sobie pokrewne lub nawet tożsame, raz przebyte chronią na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu od ponownego wybuchu. Widzimy to pomiędzy krowianką a ospą naturalną, przecież te dwa obrazy kliniczne mogą zależeć od jednego, lecz osłabionego przyrzutu. Koch odkrył podobny antagonizm pomiędzy dwoma różnemi drobnoustrojami: zaszczepienie *str. pyogenes* chroni od wybuchu róży; jeżeli ona następczo królikowi zaszczepioną zostanie. Wiemy również, że prątki wąglikowe mogą być w swojéj sile osłabione i jako takie zabezpieczają od inwazyj silnych; fakt ten został stwierdzony nie tylko w pracowni Pasteura. A więc i z wścieklizną rzecz może się mieć w sposób podobny. Jedyną pewną drogą do osiągnięcia pewnych wyników będą dalsze próby na zwierzętach i ludziach czynione. Zwracam jeszcze raz uwagę na nieszkodliwość ostrożnie stósowanéj metody. Pomocniczym środkiem będzie proponowana mi przez prof. Kocha statystyka przebiegu sprawy u leczonych sposobem Pasteura i nieleczonych a ukąszonych przez tegoż psa wściekłego.

Co do przyrzutu wścieklizny, zostawiam tę rzecz do czasu sprawozdania z prób dalszych, które obecnie wykonywam w mojéj prywatnéj pracowni w Warszawie. Szczegóły dotychczas ogłoszone jako sprawdzone przedstawiają wiele słabych stron.

Przejdźmy teraz do wykonania metody. Królik zostaje przymocowanym do stolika wiwisekcyjnego i uśpiony za pomocą chloroformu. Przed uśpieniem wystrzyga się pomiędzy uszami przestrzeń wielkości 1½ cala kwadratowego, poczém w témże miejscu w kierunku szwu strzałkowego prowadzi się cięcie skórne na cal długie. W miejscu odpowiadającém środkowi cięcia robi się za pomocą trepana otwór do twardéj opony mózgowéj. Igłą strzykawki Pravaza, zgiętą pod kątem lub łukowato, przebija się opona i zapuszcza parę kropel płynu, zawartego w strzykawce, pochodzącego z roztartego mlecza w bulijonie mięsnym. Mlecz (lub rdzeń przedłużony) pochodzi z królika świeżo padłego na szczepioną wściekliznę, 1—2 mm. sz. takiego mlecza roztarté w 1½ cm. sz. bulijonu może służyć na kilka szczepień (świeżo dokonanych), gdyż opona zatrzymuje tylko bardzo nieznaczną ilość płynu.

Po zapuszczeniu płynu rana obmywa się 3% roztw. fenolu, w którym macza się palce i narzędzia; operacyja sama jest nieszkodliwą i przy pewnéj wprawie łatwą i szybką. Po takiém szczepieniu królik czuje się dobrze i zwykle zabiera się do jedzenia. Po 6 dniach jednak traci apetyt, zwiesza uszy, staje się nieruchawym, traci władzę w tylnych odnogach, następnie w przednich, wreszcie kładzie się i po 2—3 dniach umiera.

Do szczepień leczniczych rdzeń wyjęty z kręgosłupa otwartego za pomocą nożyc odpowiednich zostaje zawieszony w butli szklanéj z kawałkami sody gryzącéj lub wapna na dnie. Do pierwszego szczepienia służy rdzeń, który wisiał w ten sposób przez dni 14 do ostatniego przez 5. Do zaszczepienia na osobę używa się około 2 mm. suchego rdzenia, który rozciera się na mleczny płyn w 1 sz. cm. bulijonu.

Wszystkie te rękoczyny wykonywane są przez pomocników Pasteura nadzwyczaj zręcznie i czysto. Nigdy nie widziałem ropienia ani u królików ani u ludzi, którym zastrzykiwania robiono. Przygotowanie płynów szczepnych odbywa się w osobnym pokoju, do którego wchodzi pod ten czas tylko jeden pomocnik, dla uniknienia pomyłek i zbytniego ruchu powietrza. Ta właśnie okoliczność wywołała podejrzenie, pozbawione podstawy, że Pasteur zachowuje metodę swoją w tajemnicy. Bardzo poważni badacze niemieccy byli tego przekonania, rzecz się jednak wyjaśniła w sposób powyższy.

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Przypadki te są następujące:

1. Julijanna Kowalczykówna, dziewczyna 11-miesięczna, źle odżywiona, przyjęta do szpitala 17 stycznia 1879. Obwód czaszki wynosi 41ctm., wymiar prosty 14½, poprzeczny 11½ cm. obwód klatki piersiowéj 37, długość ciała 58 ctm. Chora mało na swój wiek rozwinięta, bardzo wychudła i blada, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe, pod łopatką prawą

i w pasze prawéj wypuk krótszy, szmery oddechowe zaostrzone, w płucu lewém rzężenia wilgotne i furczenia, kaszel rzadki bardzo słaby, tak jak głos i płacz. Narządy jamy brzusznéj prawidłowe. Nie gorączkuje. 3/2 stłumienie w podstawie płuca lewego, oddech oskrzelowy, ciepłota ranna 37·5° C., stłumienie w płucu prawém utrzymuje się na wysokości grzebienia łopatki.

4/2 c. r. 36·8 c. w. 37·8 }
5/2 c. r. 37·0 c. w. 37·4 } Stan ogólny i stan płuc ten sam.
6/2 c. r. 37·0 c. w. 38·7 }
7/2 c. r. 37·4 c. w. 38·6 } Stłumienie nad całym płatem dolnym płuca lewego, oddech oskrzelowy.

8, 9 i 10 lutego stan ten sam, ciepłota najwyższa wieczorna 38·5° C., po nad płucem lewém wypuk stłumiono bębenkowy przy głębokim wdechu drobne trzeszczenia, wydech oskrzelowy. 11/2 c. r. 39·3 oddech szybki, powierzchowny, śpiączka, oczy w pół przywarte, osłabienie, miejscowo stan względnie lepszy c. w. 39·0. 12/2 o godzinie 4 téj rano śmierć.

Sekcyja wykonana 13 lutego 1879 wykazała: *Leptomeningitis convexitatis cerebri*, *pneumonia catarrhalis bilateralis, pleuritis fibrinosa recens. hyperplasia glandularum mesaraicarum.* Zapalenie opon mózgowych na powierzchni półkul było dla nas w tym przypadku prawdziwą niespodzianką, gdyż nie zauważyliśmy aż do końca życia najmniejszego objawu świadczącego o jakiémkolwiek zajęciu opon. Jedyném może było podwyższenie znaczniejsze ciepłoty, mimo polepszenia stanu chorobowego płuc.

2. Józef Sitkowski, chłopiec 2-letni, miernie odżywiony przyjęty do szpitala 12 października 1881 dla krzywicy znaczniejszego stopnia. Obwód czaszki 46 cm., wymiar prosty 16, poprzeczny 13, obwód klatki piersiowéj 42, długość ciała 66 cm. *Kyphoscoliosis rhachitica* stosu pacierzowego, *pectus carinatum* w wysokim stopniu. Czaszka czworoboczna, a ciemię jeszcze otwarte w średnicy 5 cm. Nieżyt oskrzeli i jelit miernego stopnia. 17 października zapada na płonicę o przebiegu łagodnym, najwyższa ciepłota 39·0°, po 5ciu dniach ciepłota prawidłowa. Dopiero 29 października, tj. 12 dni po wystąpieniu płonicy, rozwija się błonica na migdale lewym i ciepłota wznosi się do 39·4; obrzęk gruczołów szyjnych i podszczękowych po stronie lewéj. 1 listopada okazują się na twarzy guzki ospowe, c. r. 39·0. 2/11 ciepłota 37·6, wysypka ospowa znaczniejsza, 3/11 c. 37·7 guzków coraz więcéj przybywa, nalot błonicowy z migdała ustąpił. 4go listopada c. r. 40·6° objawy obustronnego zapalenia płuc zwłaszcza po stronie prawéj, 5/11 c. r. 39·8, c. w. 40·4 dziecię nieprzytomne. 6/11 c. r. 40·1, guzki na twarzy zaczynają przechodzić w pęcherzyki ospowe zgrzytanie zębami c. w. 40·8. 7 listopada śmierć o godzinie 4 rano. Wymiotów ani drgawek w całym tym czasie nie było.

Sekcyja wykonana 8 listopada 1881 wykazała:

Variola vera in stadio eruptionis. Leptomeningitis serofibrinosa acuta convexitatis hemispherae cerebri. Bronchitis diffusa, atelectasis disseminata et pneumonia lobularis partium posteriorum praecipue loborum inferiorum pulmonum. Infiltratio adiposa hepatis min. gradus. Enterocatarrhus chronicus c. hyperplasia gland. mesaraic. Pharyngitis acuta. Z protokułu sekcyjnego wyjmujemy: „Czaszka symetryczna, opona twarda gładka, blada. Na wypukłości półkul mózgowych pośród opon miękkich znaczny pokład wypociny blado-żółtawéj, miękkiéj, głównie wzdłuż naczyń żylnych i w rowkach między zwojami złożonéj, w grubych płatach wraz z oponami z powierzchni mózgu zdjąć się dającéj. Powierzchnia mózgu pod tą wypociną jest miernie nastrzykana. Na podstawie mózgu prócz nieco większéj ilości cieczy mętnawéj w przestworach podpajęczych opony miękkie niezmienione. Mózg w miernym stopniu przekrwiony, tak w istocie rdzeniowéj jak i korowéj miękki. Komórki mózgowe nierozszerzone zawierają mierną ilość cieczy surowiczéj, wyściółka gładka“.

Widzimy zatém, iż i w tym przypadku, mimo znacznie już rozwiniętéj sprawy zapalnéj, jak to sekcyja wykazuje, przebiegała ona zupełnie niespostrzeżenie, nie zdradzając się choćby tylko wymiotami lub drgawkami. Gdyby atoli przypady te nawet wystąpiły, to jeszcze nie mogliśmy ich uważać za objaw zapalenia opon, lecz w obec choroby pierwotnéj, tj. ospy i zapalenia płuc, moglibyśmy je bardzo łatwo czynić zależnemi od znacznego a nagłego podwyższenia ciepłoty zwłaszcza u dziecka dotkniętego krzywicą, albo téż od zadrażnienia ośrodków krwią, w skutek ospy jakościowo zmienioną.

W dwóch przypadkach zapalenia opon na podstawie mózgu były objawy za życia wyraźne, jednakowoż rozpoznanie nasze nie zgadzało się w zupełności z wynikiem sekcyi, gdyż w pierwszym przypadku rozpoznaliśmy tylko zapalenie splotów naczyniowych czyli wodogłowie, w drugim zapalenie opon na podstawie na tle gruźliczém. Przypadki te były następujące:

1. Julija Szczygłówna, dziewczyna 1 $^1/_2$ roczna, źle odżywiona, przyjęta do szpitala 17 marca 1879. Choroba datuje się od 5 tygodni, tj. od ostatniego zębowania, któremu towarzyszyło silne rozwolnienie. W następstwie tegoż powstało zaparcie żywota a przed 6ciu dniami wymioty, które kilkakrotnie się powtórzyły, wreszcie w 2 dni przed oddaniem do szpitala drgawki ogólne. Kościec prawidłowy, czaszka duża, obwód jéj wynosi 44 cm., wymiar prosty 14 $^1/_2$, poprzeczny 12 $^1/_2$ cm., obwód klatki piersiowéj 38, długość ciała 62 cm. Chora wyniszczona, tkanka tłuszczowa zanikła, gruczoły pachwinowe przerosłe. Dziecko nieprzytomne, spojrzenie groźne, gałki oczne nieco wysadzone, prawie nieruchome, wzrok skierowany w dal, źrenica lewa więcéj rozszerzona, oddziaływanie źrenic bardzo leniwe. Tężec mięśni karkowych znaczny, skurcz stały odnóg górnych i dolnych, przerywany chwilowemi tylko drgawkami. Czucie bardzo przytępione. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch nieckowato zaciągnięty. Chwilami zez zbieżny, zgrzytanie zębami i mlaskanie. Ciepłota wieczorna 36·8, tętno nieregularne, słabe, od 60 do 112 uderzeń na minutę. 18 marca stan taki sam. W ciągu dnia kilkakrotne drgawki ogólne silne, zwłaszcza odnóg górnych, chwilami tylko drzenie członków; rozszerzenie obu źrenic, brak reakcyi na światło, ciepłota 36·6°. 19/3 Drgawki nieustające, twarz sina, nabrzękła wieczorem o godzinie 7 śmierć.

Sekcyja wykonana 21 marca 1879 wykazała: *Hydrocephalus ventriculorum chronicus. — Leptomeningitis fibrino purulenta basis cerebri nec non hydrocephalus internus acutus, oedema recens pulmonis utriusque, catarrhus chronicus intestini tenuis sbq. hyperplasia glandular. mesaraicarum.*

2. Anna Setkowiczówna, dziewczyna 5cioletnia, źle odżywiona przyjęta do szpitala 2 lipca 1880. Z anamnezy wiadomo, iż od dni kilku żali się na ból głowy, jest drażliwą i niespokojną. Brak apetytu, zaparcie żywota. Stan choréj zbadany w dniu następnym był następujący: Kościec prawidłowy, czaszka symetryczna, obwód jéj wynosi 46 cm., wymiar prosty 16, poprzeczny 13 $^1/_4$, przy objętości klatki piersiowéj 48 cm. a długości ciała 93 cm. Dosyć wy-

bitne łuszczenie przyskórka na całém ciele, skóra na pośladkach i udach pomarszczona, tkanka podskórna zanikła, mięśnie zanikłe, wiotkie, zwłaszcza odnóg górnych. W narządach klatki piersiowéj zmian wykazać nie można. Brzuch duży, napięty, znaczna przeczulica, chora za dotknięciem krzyczy i broni się, śledziony wymacać nie można. Chora przytomna, lecz małomówna i bardzo drażliwa, chwyta się rękami za głowę i wykrzykuje przeraźliwie. Wykrzykiwania powtarzają się bardzo często i mają wybitną cechę t. zw. *cri hydrocephalique*. Chwilami występuje zez zbieżny, zwłaszcza oka prawego, źrenica prawa nieco węższa. Tylko w chwilach wielkiego niepokoju oddaje mocz i stolec pod siebie, zresztą uprzedza o potrzebach; mocz zbadany okazał dość znaczny ślad białka; ciepłota wieczorna 38°C., tętno 72. 4/7 i 5/7 stan taki sam, ciepłota r. 38·1° wieczorna 38·6°, chora prawie ustawicznie wykrzykuje, zrywa okłady zimne z głowy; chwilami występują rumieńce na twarzy. 6go zrana wymioty na czczo śluzem. Stolec wolny, c. r. 36·0. Drżenie całego ciała, powieki szeroko rozwarte, gałki oczne w ustawieniu skurczowém wprost i w dal. Przytomność niepewna. Wieczorna ciepłota 38·5°, tętno regularne, uderzeń 88, oddech spkojny, na policzku prawym wypiek. Oczekiwanych drgawek nie było. Brzuch podatniejszy, nieco zaciągnięty. Wymioty w ciągu dnia się nie powtórzyły. 7/7 rano ciepłota 37·5. Sen z powiekami wpół przywartemi, drżenie członków, głównie połowy prawéj ciała, czasem zgrzytnięcie zębami. Wieczorem ciepłota 36·5, drżenie ustało, czucie i odruchy na odnogach dolnych upośledzone. 8/7 c. r. 36·0. Stan ten sam, bezwiedne przyciąganie odnóg dolnych do brzucha, c. w. 37·0. 9/8 c. r. 36·0. Stan podobny, chora nie wymiotuje, nie miała drgawek, tężca mięśni karkowych nie ma, drżenie ustało, wyraźnéj nieregularności tętna wyczuć nie można. Lewa połowa twarzy wygładzona, a kąt ust obwisły, c. w. 37·0. 10/7 c. r. 38·2. Brak zupełny przytomności, śpiączka, chora zupełnie spokojna, nie wykrzykuje, kontraktury skurczowe obu odnóg górnych. Oddech przyspieszony lecz regularny. W południe silne drgawki obustronne tak mięśni twarzy jak i odnóg trwające dwie godziny. Wieczorem ciepłota 40·5. Wymioty treścią zielonawą, po których ponowny napad drgawek. Twarz zaczerwieniona, zez, źrenice wąskie, reakcyja powolna, odnogi górne w ciągłéj drżączce, dolne wyprostowane, stopy w ustawieniu silnego zgięcia, nieckowate zaciągnięcie brzucha. 11/7 c. r. 38·3, wymiotów ani drgawek nie było, chora leży jak martwa, odnogi tak górne jak dolne wyprostowane, ręce w pięść złożone, odnoga górna lewa opada po podniesieniu bezwładnie i nie usuwa się przy łechtaniu lub kłuciu. Gałki oczne albo ustawione wprost nieruchomo, albo téż zataczają się powoli ku stronie prawéj i ku górze, zezu już nie ma, źrenice jednostajnie wąskie. Oddech regularny, tętno arytmiczne. Chora podane mleko jeszcze wypiła. Ciepłota wieczorna 41·0°C. 12/7 c. r. 40·5°, ton oddechowy Stokesa, twarz trupio blada, źrenice wąskie, rogówki płatami śluzu pokryte, czucia nie ma żadnego, odnogi bezwładne, tętno niewyczuwalne. O godzinie 8éj rano umarła.

Sekcyja wykonana 13 lipca 1880 wykazała: *Meningitis simplex basilaris. hydrocephalus internus acutus, oedema cerebri, bronchitis diffusa, sbs. atelectasi disseminata.* „Opona twarda spojona ściśle z czaszką, opony miękkie nastrzykane szczególnie na podstawie, gdzie część opon pokrywająca most Varola naciekła wypociną ropną. Zwoje mózgu spłaszczone, rowki wygładzone, komórki boczne powiększone zawierają do 100 gramów cieczy mętnéj, w rogu tylnym prawym nieco ropy, wyściółka komórek rozmiękła, tak samo sąsiednia istota mózgowa w znacznym stopniu“.

W przypadku pierwszym nie omyliliśmy się w rozpoznaniu o tyle, że istotnie stwierdzono przy sekcyi obok zmian odpowiadających zapaleniu opon na podstawie najświeższéj daty, także i wodogłowie, którego cechy świadczyły najwyraźniéj, iż było ono cierpieniem pierwotném, do którego zapalenie opon na podstawie przystąpiło. Czy wodogłowie było już wrodzoném czy nabytém, na pewno powiedzieć się nie da, w każdym jednak razie poprzedzało ono zapalenie opon na podstawie, gdyż obok ropnego i włóknikowego wysięku w oponach podstawy mózgowéj znaleźliśmy bardzo znaczne rozszerzenie komórek mózgowych, znaczną ilość cieczy surowiczéj żółtawéj w tychże, znaczne rozmiękczenie wyściółki komórek i wybujałości ziarninowe. Zwoje mózgowe przypłaszczone, rowki bardzo płytkie, zatém zmiany potrzebujące do wytworzenia się czasu dłuższego i stojące w niestosunku z świeżą wypociną włóknikowo-ropiastą. Klinicznie rozpoznaliśmy wodogłowie, czyli zapalenie splotów naczyniowych w komórkach z następowym tamże wysiękiem, a to na podstawie wymiarów czaszki, o obwodzie 44cm., przy klatce piersiowéj o 38cm., rozszerzenia żył czaszkowych, wysadzenia gałek ocznych, następnie na podstawie przebiegu prawie bezgorączkowego w początkach dość powolnego wykluczającego zapalenie opon na półkulach, wreszcie braku zupełnego okresu porażennego i ciągnącego się zazwyczaj dni kilka w zapaleniu gruźliczém opon na podstawie. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Tarnowsky (w Petersburgu): **Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forensisch-psychiatrische Studie.** Berlin 1886.

Prof. Dr. Krafft-Ebing (w Gracu): **Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie.** Stuttgart 1886.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

U epileptyków oprócz samogwałtu, samcołoztwa czynnego, występują jako równoważniki padaczkowe szczególne przewrotności płciowe, których kilka uderzających przykładów autor przytacza. Przy téj sposobności autor, naszém zdaniem całkiem niepotrzebnie rozpisuje się i o erotomanii, która jest jedną z postaci, w jakiéj występuje pomięszanie pierwotne, a z przewrotnością popędu płciowego właściwie nic nie ma wspólnego.

W dziale drugim rozprawia T. nasamprzód nad przewrotnością płciową nabytą, przytaczając odstraszające przykłady, jak się samcołoztwa nabywa przez nałóg i przyzwyczajenie, głównie w zakładach wychowawczych, w więzieniach, koszarach, okrętach, przez czytanie pism odpowiednich itd. Na Wschodzie samcołoztwo, jakkolwiek potępione przez religiję i ustawy, jest bardzo rozpowszechnione, a to z powodu, że wykluczenie kobiet ze życia towarzyskiego wprowadza młodzieńców w położenie wychowańców w zakładach zamkniętych.

Następnie przechodzi do przewrotności, objawiającéj się w niedołęztwie starczém i porażennem, a więc będącéj jednym z licznych objawów tych dwóch ciężkich form klinicznych choroby mózgowéj z przeważającém zboczeniem umysłowém.

Bardzo ciekawym jest rozdział ostatni, traktujący o powikłanych formach przewrotności płciowéj. Po krótkim pogla-

dzie historycznym na samcołoztwo autor wskazuje, że szpetny ten nałóg czepia się wszędzie postępu cywilizacyi, na które to zdanie mniéjbyśmy się zgodzili, aniżeli na orzeczenie, że jest on złém społeczném, zwłaszcza tam, gdzie mu sprzyjają szczególne okoliczności. I tak w Petersburgu w licznych łaźniach kwitnie prostytucyja pederastyczna w najlepsze, ponieważ lubieżnicy nie obawiają się kary ani wyzyskiwania (t. zw. chantage), gdy samcołożnicy tworzą formalne zamknięte stowarzyszenia, w skład których należą oprócz łaziebnych stangreci, stróże domowi itd., a okazują oni wielkie pobłażanie w obec „zabawek pańskich“, nie myśląc wcale o denuncyjacyi, ponieważ w tych zabawkach nie widzą nic dla siebie ubliżającego, owszém tylko źródło dochodu.

Najciekawszym i najważniejszym jest rozdział poświęcony sprawdzaniu samcołoztwa, zwłaszcza pod względem sądowolekarskim. Od czasu Tardieua i Caspra nikt prawie nie dotknął kwestyi, czy i jakie wykazać można zmiany na samcołożnikach i czy na tych zmianach można oprzeć zdanie sądowolekarskie, brzemienne w następstwa dla obwinionych. Ale téż od czasu Tardieua i Caspra może nikt nie był powołany do wydania opinii w téj mierze tak jak Tarnowsky, który np. w ciągu jednego dnia mógł w zakładzie pewnym wychowawczym w Petersburgu zbadać 23 pederastów biernych, u których znalazł charakterystyczne zmiany. To téż zastanawia się on naprzód nad zmianami, przedstawiającemi się u samcołożników biernych, a następnie nad mniéj ważnemi zmianami u pederastów czynnych, podając, co najważniejsza, właściwy sposób badania takich indywiduów. Rozdział ten jest bardzo ważny dla lekarzy sądowych, albowiem, chociaż na szczęście u nas cywilizacyja zdaje się niedoszła jeszcze do tego szczytu, na jakim dojrzewać się zdaje obrzydły ten owoc, to jednak poszczególne przypadki zdarzają się wszędzie, a więc i u nas (w roku przeszłym miałem sposobność badania małéj szajki pederastów, składającéj się z jednego czynnego i dwóch biernych); ponieważ atoli lekarze sądowi u nas cieszą się małém w tych rzeczach doświadczeniem, więc skazówki podane przez lekarza tak kompetentnego tém większe mają znaczenie, aby niedoświadczony w nadarzającym się przypadku mógł radzić się i radzić sobie. Na ten więc rozdział (str. 105—143) głównie zwracamy uwagę kolegów ściślejszych, którym radzimy zapoznać się z nim dokładnie.

W całém tém dziełku, które z prawdziwém czytaliśmy zajęciem, jedna nas uderza okoliczność: oto brak wszelkiéj wzmianki o skopcach. Wprawdzie dopiero lat 10 minęło od czasu pojawienia się wielkiego dzieła Pelikana, ale przecie radzibyśmy usłyszeć zdanie specyjalisty o téj przewrotności płciowéj szczególnego rodzaju, znanéj na szczęście tylko w Rosyi, a zależałoby nam na tém zdaniu tém bardziéj, o ile dotąd nie jest całkiem wyświeconą kwestyja, czy praktyki owe sekciarskie są wynikiem obłędu religijnego, jak twierdzi Ideler, lub są poprostu wynikiem fanatyzmu, jak dowodzi kompetentniejszy pod tym względem Baliński.

Jeżeli dziełko Tarnowskiego obok swoich zalet razi tylko niepoprawnością języka, co nas nie dziwi ze strony autora Rosyjanina, ale dziwić musi ze strony nakładcy berlińskiego, to praca Krafft-Ebinga natomiast odznacza się pięknym i kwiecistym stylem, autorowi temu właściwym, oraz jasnością przedstawienia rzeczy, któréj zawdzięcza popularność, jaką szybko pozyskał sobie nie tylko pomiędzy ściślejszemi kolegami, ale lekarzami w ogóle, a nawet pośród większéj publiczności. W ogóle dziełko Krafft-Ebinga robi całkiem inne wrażenie aniżeli Tarnowskiego. Jeżeli w ostatniém poznaliśmy owoc własnych a licznych doświadczeń specyjalisty w chorobach płciowych, to w pierwszém poznajemy kompendyjum nauki o zboczeniach płciowych w stosunku do obłąkania, a więc dziełko, którego autor, jakkolwiek nie może popisać się zbyt wielkiém własném doświadczeniem, to jednak zestawia starannie i umiejętnie wszystko, co tylko do przedmiotu tego się odnosi. Z natury rzeczy wypływa, że dziełku takiemu, w miarę, z jakiego stanowiska je oceniamy, możemy przyznać jużto większe jużto mniejsze znaczenie. Jeżeli praca Tarnowskiego ma większą wartość dla lepiéj obeznanego z przedmiotem, który zdolnym jest ocenić, o ile autor wzbogacił odnośny dział nauki własném swojém doświadczeniem, ale zarazem wie, że nie wyczerpnął całego przedmiotu, to dziełko Krafft-Ebinga przeciwnie będzie bardzo pouczającém dla mniéj obeznanego, bo *in nuce* zestawia wszystko co o przedmiocie dotąd pisano i w ogóle o nim wiadomo, zestawia to wszystko w sposób poglądowy, wszędzie podaje wyczerpującą literaturę, a więc przedstawia całość niezbędną, ale i całkiem wystarczającą dla lekarza sądowego, chcącego zapoznać się z przedmiotem a nie mogącym łożyć kosztów na wszystkie monografije w handlu księgarskim pojawiające się Gdy nadto Krafft-Ebing uwzględnia należycie dziełko Tarnowskiego, które wyszło w pół roku wcześniéj, więc praca jego czyni zadość wszelkim wymogom.

Treść jego jest bardzo obfita. Na wstępie autor podaje prześlicznie napisane urywki z psychologii życia płciowego, posiłkując się licznemi dzielami a głównie Micheleta i Mantegazzy, a następnie przechodzi do dat fizyjologicznych (str. 1—20). Rzecz właściwą traktuje w dwóch rozdziałach (str. 21—94), a mianowicie w częścio gólnéj rozprawia o newro- i psychopatologii życia płciowego, potém zaś zastanawia się nad patologiją szczegółową. W końcu (str. 94—110) roztrząsa znaczenie karnosądowe życia płciowego chorobowego.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. Dr. L. Brieger: **O ptomainach.**

Według obecnie najwięcéj rozpowszechnionego mniemania między patologami przyczyną przeważnéj części chorób, a szczególniéj chorób zakaźnych, są bakteryje. Działanie ich chorobotwórcze nie polega jednak jedynie tylko na tém, że one, dostawszy się między tkanki żywotne, odbierają im soki odżywcze, że występują tutaj gromadnie jako istotne pasorzyty, i że skutkiem wstrzymania procesu odnawiania się tkanek muszą ostatecznie ich śmierć sprowadzić. Bakteryje są istotami żyjącemi. Zasadą życia organicznego jest przeróbka materyi. Tak więc bakteryje, skoro przyswajają sobie kosztem tkanin, w których się znajdują, pożywienie, rozkładają je, tworząc już to ciała złożone w wyższym stopniu od przyjętych, już téż rozkładając je na połączenia coraz mniéj złożone, coraz więcéj proste, do pierwiastków zbliżone.

Jak wielką przez ten proces życia bakteryje odgrywają rolę, to wynika z badań ostatnich dwóch lat dziesiątków. Bakteryje są przyczyną fermentacyi wyskokowéj, śluzowéj, mlecznéj, masłowéj, amonijakalnéj itp. Według najnowszych badań zdaje się nawet być prawdopodobném, że bakteryje i im pokrewne grzyby są przyczyną wietrzenia skał i tworzenia się roli urodzajnéj na ich powierzchni. Sile więc życia bakteryj zawdzięczać należy tak wiele, że śmiało powiedzieć można, że bez bakteryj i im ustrojem najbliższych organizmów życie istot wyższych na ziemi byłoby niemożliwém.

Jeżeli więc bakteryje odgrywają tak ważną rolę skutkiem własności żywotnéj rozkładania ciał i tworzenia nowych związków chemicznych, słusznêm jest, aby i patolog zwrócił większą baczność na objaw życia i przemiany pierwiastków bakteryj chorobotwórczych. Tymczasem o energii działania chemicznego bakteryj chorobotwórczych jak dotąd prawie nic nie wiemy. Tylko dotąd nieco więcéj zastanawiano się nad wpływem chemicznym tych istot na węgleki wodu. Chcąc jednak znać ich własności, trzeba się zająć także i działaniem ich na inne ciała, służące im za pożywienie. W tym kierunku jest dotąd zaledwie kilka prac, które dotyczą działania chemicznego bakteryj, nie chorobotwórczych jednak, na różne materyje odżywcze i które głównie tylko wykazały, że zachowanie się bakteryj w różnych środkach jest różnêm.

Już od kilkunastu lat zwrócili badacze uwagę, że przy gniciu ciał białkowatych powstają połączenia zasadowe, bardzo podobne do alkaloidów. Połączenia te zwróciły uwagę powszechną chemików i lekarzy sądowych i otrzymały przez Selmiego nazwę ptomainów i którą póżniéj powszechnie przyjęto. Pierwszy jednak dopiero Nencki w r. 1876 otrzymał czyste ptomainy i własności ich szczegółowo opisał.

Równocześnie prawie zwrócono uwagę, że i w przewodzie pokarmowym zwierząt ssących odbywa się na wielką skalę proces gnicia, że i tutaj także wytwarzają się podobne ciała, które jednak ulegają zniszczeniu przez ustrój zdrowy i nie są w stanie sprowadzić zatrucia. Ciała te zostają przetworzone w inne połączenia jak Kresol, Indol, Skatol itd. Jednak według wszelkiego prawdopodobieństwa ciała te nie wytwarzają się w takiéj ilości w ustroju chorym, aby były w stanie zniszczyć wszystkie trujące wytwory gnicia, tworzące się w przewodzie pokarmowym. W takim razie więc ciała te mogą rozwinąć swój wpływ szkodliwy na organizm.

Autor wziął sobie za zadanie zbadać, o ile twierdzenie to może być uzasadnionêm, o ile bakteryje mogą wytwarzać produkty szkodliwe ustrojowi i tym sposobem wywoływać zatrucia. W pracy niniejszéj podaje autor tylko najnowsze wyniki swych badań nad ptomainami, przyznając zarazem, że rzecz jednak nie postąpiła o tyle, aby mogła być systematycznie w całêm zaokrągleniu przedstawioną.

Nazwę „ptomainy“ rozciąga Brieger także i na ciała zasadowe, wytwarzające się w skutek procesu chemicznego wywołanego bakteryjami chorobotwórczemi, bo dotąd nie można twierdzić, aby i te produkty nie były produktami gnicia.

Dla odróżnienia ptomainów trujących od nietrujących, proponuje Brieger dla tych pierwszych nazwę „Toksynów“. Dotąd otrzymał Brieger z gnijących istot białkowatych następujące ptomainy: Neurydyn $C_5 H_{14} N_2$, Neuryn $C_5 H_{13} NO$, Muskaryn $C_5 H_{15} NO_3$, ciało o składzie jak diamin etylenowy $C_5 H_8 N_2$, Gadinin $C_7 H_{17} NO_2$, Dimetylamin $(CH_3)_2 NH$, Trimetylamin $(CH_3)_3 N$, Trietylamin $(C_2 H_5)_3 N$. Z części trupa ludzkiego oddzielił Brieger: Cholin $C_5 H_{15} NO_2$, Neurydyn $C_5 H_{14} N_2$, Kadaweryn $C_5 H_{16} N_2$, Putrescyn $C_4 H_{12} N_2$, Sapryn $C_5 H_{16} N_2$, Trimetylamin $(CH_3)_3 N$ i wreszcie Mydalein o składzie jeszcze bliżéj nieoznaczonym.

Neuryn, Muskaryn i Mydalein są ptomainami silnie trującemi, wywołującemi porażenie systemu mięśni prążkowanych, z równoczesnêm podrażnieniem systemu mięśni gładkich.

Z gnijących szczupaków otrzymał Boeklisch, pracujący pod kierunkiem Briegera, ptomain o składzie $C_4 H_{11} N$, który jest isomerycznym z dietylaminem $(C_2 H_5)_2 NH$.

Z mięsa końskiego od 3ch miesięcy już gnijącego otrzymał Brieger ptomain o składzie $C_2 H_8 N_3$, który tylko z kwasem fosforomolybdenowym i pikrynowym tworzył połączenia podwójne. Ptomain ten okazał się nietrującym. — Drugi ptomain także z mięsa tego otrzymany, o składzie $C_7 H_{17} NO_2$, jest trującym. Wstrzyknięty podskórnie sprowadzał rodzaj letargu, który przechodził w śmierć.

W ostrygach *(Mytilus edulis)*, które w roku zeszłym tak liczne zatrucia wywołały, znalazł Brieger ptomain, działający podobnie do kurary, o składzie $C_6 H_{15} NO_2$. Prócz tego ptomainu znajdują się w mięczakach trujących i inne połączenia zasadowe, jak np. Betain czyli Oxycholin $C_5 H_{11} NO_2$. Podobne ciało wykrył Liebreich w moczu ludzkim.

W dalszym ciągu doświadczeń robił Brieger badania nad połączeniami powstającemi pod wpływem bakteryj w środkach używanych do ich hodowli. *Staphylococcus pyogenes aureus* (Rosenbach) hodowany czy to w bulijonie czy peptonie nie wytwarza żadnego alkaloidu, tylko wiele amonijaku. Podobnież *Streptococcus pyogenes* (Rosenbach) tworzy tylko przeważnie trimetylamin. Prątki tyfusowe, opisane przez Eberta i Kocha, wytwarzają ptomain mocno trujący, o składzie prawdopodobnym $C_7 H_{17} NO_2$. Nad składem i działaniem tego ptomainu Brieger pracuje daléj.

Zdaniem Briegera badania w tym kierunku wyświecą może, w jaki sposób bakteryje wywołują objawy chorobowe tyfusem, cholerą, tężcem itd. zwane. Również twierdzi autor, że jakkolwiek *staphyloccus* i *streptococcus* nie wytwarzają żadnego ptomainu, to przecież łatwo być może, że owe aminy i amony, które skutkiem nich powstają, są przyczyną zapalenia otaczających tkanek i wytworzenia ropy.

Według doświadczeń Briegera w miarę postępu gnicia wytwarzają się nowe ptomainy, które ustępują znów miejsca nowym połączeniom. Tak np. w ciele ludzkiêm gnijącêm wytwarza się mniéj lub więcéj w ciągu pierwszych 7 dni przeważnie cholin, który potêm znika, a występować zaczynają trujące ptomainy. Również ciepłota, przypływ tlenu itp. warunki wywierają wielki wpływ na wytwarzanie się różnych połączeń zasadowych pod wpływem bakteryj.

Ztąd wnosi autor, że z dokładniejszêm poznaniem chemizmu życia bakteryj może uda się wyjaśnić dotąd nierozwikłaną zagadkę powstawania gorączki. Jeżeli wreszcie przypuścimy, że ciała wytworzone przez bakteryje działają w odpowiedni sposób szkodliwy na ustrój ludzki, to przyjdziemy do wniosku, że pod wpływem różnych środków leczniczych bakteryje nie są w stanie wytwarzać owych ciał trujących, a ztąd otwiera się droga dla racyjonalnéj terapii, któréj jutrzenkę widzi Brieger w zastósowaniu salicylanu sodowego (Stricker) w gośćcu stawowym, antipyrynu (Leukartz) również przeciw téj saméj chorobie, taliny (Ehrlich i Laquer) w durze itd. (Według odczytu mianego na Kongresie berlińskim 14 kwietnia. *Allg. med. Central Ztg.*, 1886, Nr. 39). *Dr. Kopff.*

Dr. H. Kümmel: **O zatruciu sublimatem śród laparotomii.**

Sublimat znajduje z każdym dniem szersze zastosowanie w leczeniu antyseptycznêm ran a zawdzięcza to swojéj znakomitéj sile dezinfekcyjnéj, swéj taniości, wreszcie i temu, iż jest bezwonnym. Jak każdy prawie inny rozpowszechniony środek antyseptyczny, tak i sublimat, który w krótkim bardzo czasie rozległego doznał zastosowania, pożądał i ofiar

dla siebie. Ciężkie zatrucia, niewątpliwe przypadki śmierci zdawały się nakazywać zupełne zaniechanie tak niebezpiecznego środka, z drugiéj strony jednak znaleźli się gorliwi zwolennicy tegoż, którzy nawet po zastosowaniu większych ilości, przynajmniéj w pierwszych czasach, żadnych złych następstw nie spostrzegali.

Czas i doświadczenie wskazały nam pośrednie stanowisko, pouczyły nas o mierze, w jakiéj środek ten już dostatecznie dezinfekcyjonuje, a która jednocześnie zdrowia organizmu nie narusza. Przypadki zatruć sublimatem stają się coraz rzadsze a mają obecnie swe przeważne źródło w stosunkach indywidualnych organizmów, których dotyczą. Autor po pierwszych 170 większych operacyjach w szpitalu Maryi w Hamburgu, przy których używał tęższych rozczynów (1‰) miał tylko jeden wybitny przypadek zatrucia sublimatem, a byłoto u kobiety nader otyłéj po amputacyi rozległéj sutka i utrzymywało się przez kilka dni. Niemniéj korzystne były wyniki w dalszych niespełna 900 operacyjach, w których rzadko już używano silniejszych rozczynów (1‰), ograniczając się przeważnie do rozczynów słabszych, t. j. 1 na 5 lub 10 tysięcy; żaden z tych przypadków nie nakazywał jeszcze większego ograniczenia ilości sublimatu, aczkolwiek wśród operowanych w ten sposób znajdowała się wielka liczba dzieci i osób bardzo wynędzniałych, u których w dodatku operacyja często musiała przez dłuższy czas się przeciągać.

Niemiły wyjątek stanowią dwa przypadki laparotomii, po których, mimo wszelkich w tym kierunku zachowanych ostrożności, nastąpiło ciężkie zatrucie sublimatem, w jednym nawet było zejście śmiertelne.

Przypadki te dla tego zasługują na szczególną uwagę, iż użyto w nich jedynie słabszych rozczynów sublimatu, bo 1 na 5000, zatém rozczynów, po stosowaniu których w innych szpitalach przy wielkiéj liczbie operacyj brzusznych złych skutków ani zatrucia nie spostrzegano. Ogłaszanie takich przypadków mogłoby z czasem dać materyjał dość obfity, aby módz z góry wiedzieć, w jakich przypadkach, czyto z powodu pewnych chorób, czy też tylko indywidualnych stosunków organizmu, już małe ilości tego środka wywołać mogą zatrucie, aby więc w takich przypadkach mieć się na baczności.

Autor stosuje sublimat w laparotomii w następujący sposób: ręce swoje i skórę brzucha chorych obmywa po należytém mechaniczném oczyszczeniu sublimatem 1‰, gąbki przechowywane w tak samo silnym rozczynie wodnym kładzie na czas operacyi do ciepłego rozczynu sublimatu 1,0 na 5—6000, zastósowuje je mocno wycisnąwszy, zostawia je nawet na czas dłuższy w jamie brzusznéj, gdy chodzi o zatamowanie krwotoku miąższowego po oddzieleniu zrostów itp.; na obsuszenie *(toilette)* jamy brzusznéj poświęca mało czasu.

Przy takiém postępowaniu 9 pierwszych laparotomij (5 owaryjotomij, 3 operacyje złośliwych nowotworów i jedna kastracyja) zakończyło się pomyślnie bez najmniejszych objawów zatrucia.

Pierwszy przypadek zatrucia i to zatrucia śmiertelnego dotyczył kobiety 30-letniéj, u któréj wykonano hysteromyotomiję z powodu włókniomięśniaka śródściennego macicy. Chora była przed operacyją już w wysokim stopniu niedokrewną z powodu krwotoków od 2ch lat trwających, operacyja trwała 1¼ godziny. W drugim dniu po operacyi wystąpiły częste wodniste wypróżnienia, w nocy tego samego dnia i w dniu następnym były one już krwawe obok prawidłowéj ciepłoty, liczby tętna 80, wilgotnego języka, miękkiego i niebolesnego brzucha; dziąsła były przytém lekko rozpulchnione, owrzodzeń jednak nie okazywały. Wśród wzmagającego się zapadu sił nastąpiła śmierć 4go dnia po operacyi. Badanie zwłok wykazało zupełnie prawidłową otrzewnę, na kikucie macicy również nic nieprawidłowego, natomiast liczne rozległe ubytki na błonie śluzowéj jelita grubego wstępującego i poprzecznego, ubytki o brzegach ostrych, a pomiędzy niemi drobne punkcikowate wynaczynionki grupami ułożone. W jelicie grubém zstępującém i kiszce prostéj brak zupełny zmian.

Drugi przypadek ciężkiego zatrucia, który się jednak zakończył wyzdrowieniem, dotyczył kobiety 25-letniéj, nieco niedokrewnéj ale dobrze odżywionéj, u któréj rozpoznano torbiel jajnika; po otwarciu jamy brzusznéj stwierdzono otorbiony wysięk dużych rozmiarów będący następstwem brodawczaka prawego jajnika wielkości głowy dziecka. Guz ten okazywał zrosty w części luźne z powłokami brzusznemi i pętlami jelit, a ściślejszy tylko zrost z mocno wydłużonym i rozszerzonym wyrostkiem robaczkowym. Krwotok powstały podczas oddzielania tych zrostów, przyczém pękła torebka brodawczaka, stłumiono dwiema dużemi mocno wyciśniętemi gąbkami. Po usunięciu nowotworu wycięto i lewy jajnik, który okazał się powiększonym i chorobowo zmienionym.

Wieczorem tego samego dnia wystąpił ciężki zapad sił, który zdołano usunąć wstrzykiwaniami podskórnemi eteru i kamfory. Nazajutrz rano zapad był jeszcze cięższy, tętno nitkowate, liczba uderzeń 160 na minutę, na twarzy zimny pot, brzuch miękki i niebolesny, język wilgotny, wymiotów brak ale natomiast od kilku godzin wypróżnienia krwawe, ciemno zabarwione. Przetoczono 1500gr. w 0·6% rozczynie soli kuchennéj do żyły odłokciowéj, tętno wnet potém stało się pełniejszém i wolniejszém, tak że dnia następnego wszelkie groźne objawy ustąpiły; wypróżnienia krwawe utrzymywały się jeszcze przez dni kilka, dziąsła jakoteż błona śluzowa jamy ust pokryte były licznemi drobnemi owrzodzeniami, które goiły się bardzo powoli. Chora powoli bardzo wróciła do zupełnego zdrowia.

W dwu tych przypadkach myśleć można było jedynie o dwóch sprawach, o septycemii lub zatruciu sublimatem; przeciw zakażeniu przemawiał brak wszelkich odnośnych klinicznych objawów, wreszcie wilgotny język, miękki i niebolesny brzuch a nakoniec brak objawów podrażnienia otrzewny; za zatruciem przemawiały wypróżnienia krwawe, zmiany na błonie śluzowéj jamy ust, wreszcie wynik sekcyi w pierwszym przypadku, w drugim wyzdrowienie.

Autor opierając się na doświadczeniu dawniéj nabytém, niemniéj jednak na dwu obecnie opisanych przypadkach, sądzi się uprawnionym do twierdzenia, iż przy laparotomijach wykonywanych na osobach niezbyt wynędzniałych można bez obawy posługiwać się rozczynami sublimatu 1·0 : 5000 do 1·0 : 6000, że jednak u osób w wysokim stopniu niedokrewnych i osłabionych, wreszcie u osób ze schorzałemi nerkami najpewniéj sublimatu wcale nie używać a zastąpić go innemi środkami: słabym rozczynem wody chlorowéj lub wodą sterylizowaną. (*Centralbl. f. Chirurgie.*, 1886, Nr. 22).

Dr. Gross.

W klinice chirurgicznéj krakowskiéj, w któréj zresztą sublimat znajduje rozległe zastosowanie, unika się jak najstaranniéj zetknięcia otrzewny ze sublimatem. Dawno wypróbowany kwas karbolowy nietylko najzupełniéj wystarcza

do utrzymania w całości stanu aseptycznego jamy brzusznéj, ale co ważniejsza o wiele mniejsze przedstawia niebezpieczeństwo ogólnego zatrucia. (Dodatek prof. Mikulicza).

Caton: O tętniaku tętnicy wątrobowéj.

Na posiedzeniu klinicznego Towarzystwa londyńskiego z d. 28 maja pod przewodnictwem barona Henryka Thompsona odbytém C. miał odczyt pod tytułem powyższym. Dotąd w Europie i Ameryce w ogóle 10 razy obserwowano tętniak téj tętnicy. Czterdziestoletni chory miał napad bólu w okolicy podżebrowéj prawéj wśród pojawienia się żółtaczki na wiosnę 1884 r., potém czuł się zdrowym aż do 3 sierpnia 1885, kiedyto ból podobny wraz z żółtaczką pojawił się na nowo. Chory był w stanie zapadu w chwili przyjęcia go do szpitala, tętno 92, pot zimny obfity; ciepłota ciała była prawidłową. Po podaniu środków podniecających, zastósowaniu ciepła, zastrzyknięciu podskórném morfinu chory uspokoił się. Wypuk wykazywał w linii sutkowéj wymiar wątroby 3½ cala, przy wypuku bolesność. Poniżéj wątroby nieco na lewo od linii sutkowéj znajdujący się krągły, bolesny obrzęk uważano jako powiększony pęcherz żółciowy; język był obłożony, skóra i spojówki żółte; obfite wypróżnienia stolcowe czarne; stłumienie serca powiększone; hyperresonancyja klatki piersiowéj. W dzień po przyjęciu wymioty, 11 sierpnia krwawe stolce. Rozpoznawano dotychczas żółtaczkę z powodu zatkania przewodu żółciowego kamykiem; po wystąpieniu stolców krwawych odnoszono krwotok raz do przewodu żółciowego (ilość jednak krwi znaczna nie odpowiadała temu), to znowu do jelit. W 2 dni potém lekarz przywołany zastał chorego w stanie bezprzytomnym, o tętnie zaledwie wyczuwalném, o twarzy bladéj, zimnym potem oblanego; po podaniu środków podniecających i zastrzyknięciu podskórném morfinu chory oprzytomniał i podał jako powód powyższego napadu silny ból w prawém podżebrzu; obfite wymioty krwawe, wkrótce potém utrata sił, a następnego dnia śmierć. Przy sekcyi znaleziono tętniak tętnicy wątrobowéj wielkości kasztana, który pękł do przewodu wątrobowego. Wszystkie przewody żółciowe istoty wątrobowéj były nastrzykane krwią, również dostała się ona do pęcherza żółciowego, który był przepełniony skrzepami krwi, oraz do dwunastnicy, żołądka i jelit. Szmeru żadnego nad guzem nie zauważono; chory nie przebył kiły. *(The Lancet*, 1886, 5 czerwca). *Dr. Barącz.*

Rabow: O zapobieganiu samookaleczeniu się umysłowo chorych.

Obłąkani, okazujący pośród innych objawów chorobowych popęd do kaleczenia się, drapania się, wyrywania sobie włosów itp., są największą plagą zakładów, w których bywają umieszczeni. Każdy lekarz zajęty w oddziale umysłowo chorych wie, że nawet najlepszy dozór nie może zapobiedz kaleczeniu się chorych i bardzo często kończy się na tém, że takim chorym trzeba wdziewać kaftan, ów przyrząd przypominający chorym po ozdrowieniu tortury wieków średnich. Uwaga niniejsza odnosi się do zakładów nawet najlepiéj urządzonych i zaopatrzonych w licznych i sprawnych posługaczy, cóż dopiero dzieje się w zakładach upośledzonych pod tym względem. Historyja każdego większego zakładu dla obłąkanych zapisuje nieszczęśliwe przypadki nietylko ciężkich obrażeń, jakich chorzy dopuszczają się na sobie, lecz nawet samobójstw. Mniéj lub więcéj znanemi są przypadki jak wiedeński, gdzie obłąkany, usiłujący sobie życie odebrać, w braku narzędzi i strzeżony bacznie włożył głowę do pieca i opalił ją sobie tak, że niebawem życie zakończył. W innym zakładzie znajdowała się obłąkana z takim samym popędem, strzeżona z tego powodu przez dwie posługaczki, która pijąc wodę ze szklanki upuściła takową niby przypadkiem i tym sposobem weszła w posiadanie czerepu, za pomocą którego w ciągu następnéj nocy przecięła sobie powłoki brzuszne a nawet kiszki i tym sposobem celu dopięła. Martinenq podaje, że pewna chora również z powodu skłonności do kaleczenia się pilnie strzeżona, wyłuszczyła sobie palcami gałkę oczną. Chorzy tacy są najważniejszą przyczyną troski i niepokoju lekarza zakładowego i przyczyniają się najwięcéj do odjęcia lekarzowi snu spokojnego. Z tego też powodu nieobojętnym jest ze względów praktycznych nawet najmniejszy postęp w obchodzeniu się z takimi chorymi a R. wypróbowawszy swój nowy sposób przez lat kilka w zakładzie, gdzie był zajęty, podaje opis jego, aby zapoznać innych lekarzy z tą metodą nader prostą a celowi, o ile na pierwszy rzut oka osądzić można, zupełnie odpowiednią. Postępowanie nowe polega na ustaleniu wyprostowanych odnóg górnych w stawach łokciowych za pomocą odpowiednich opasek, nawet gipsowych, przyczém ruchy w stawach barkowych i śródręcznych są możliwe i jedynie zgięcie odnogi w stawie łokciowym zniesione. Jak łatwo pojąć, chorzy zaopatrzeni w takie opatrunki na obu odnogach górnych, nie bywają tak męczeni jak w kaftanie, a pomimo tego nie mogą żadną miarą zbliżyć rąk do twarzy, o którą się zazwyczaj rozchodzi. Opatrunek gipsowy można po stwardnieniu przeciąć odpowiednio na dwie łupki, które na noc lub w ogóle w miarę potrzeby można chorym zdejmować lub zakładać, przytwierdzając je pomiędzy sobą za pomocą taśmy lub opaski płóciennéj. Autor używa do swoich opatrunków cienkich deszczułek, które się do tego bardzo dobrze nadają, a na myśl do takiego postępowania naprowadził go pewien okulista, który zakładał takie opatrunki niektórym operowanym z powodu zaćmy, aby im nie dozwolić sięgać ku oku i uniknąć tym sposobem przykrych nieraz następstw obrażenia operowanéj gałki ocznéj. Jak nieporadnymi stają się ludzie dotknięci stężeniem obu stawów łokciowych w wyprostowanéj pozycyi odnóg górnych, o tém mógłby opowiedzieć z własnego doświadczenia niejeden chirurg. Że dozór nad tak ubezwładnionym obłąkanym jest znacznie ułatwiony, to widoczna — bez dozoru jednak żadną miarą pozostawiać ich nie można. R. przytacza w skróceniu kilka historyj chorób, w których ten sposób postępowania z chorymi przyniósł pożądany skutek. Raz wezwany przez urzędnika zupełnie zdrowego na umyśle, aby mu udzielił rady z powodu somnambulizmu, polegającego na odbywaniu wśród snu przechadzek po pomieszkaniu, polecił lunatykowi zakładanie sobie odpowiedniego opatrunku na oba kolana. Rada ta okazała się zupełnie skuteczną, gdyż lunatyk w chwili, gdy poczuwał wśród snu ochotę do przechadzki, budził się i naturalnie od wycieczek swoich mógł się powstrzymać. Po kilkunastu nocach spędzonych z opatrunkami z deszczułek na kolanach zboczenie ustąpiło raz na zawsze. *(Centralbl. f. Nervenheilkunde und Psych.*, 1886, Nr. 11). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 12 marca 1886 r.

Obecni koll. Dr. Kaczorowski, Zielewicz, Kapuściński, Grodzki, Jerzykowski, Stan, Wicherkiewicz, z zamiejscowych Dr. Szumski z Mogilna.

Przewodniczy kol. Kaczorowski, który po wzmiance zrobionéj przez kol. Zielewicza o śmierci zasłużonego około Towarzystwa kol. Dra Szerbla z Leszna, wzywa obecnych do oddania zmarlemu przez powstanie należnéj czci, co téż nastąpiło.

Wyrażone za pośrednictwem kol. Stana życzenie zarządu Tow. Przyj. Nauk, ażeby Wydział do Rocznika Tow. Przyj. Nauk, mającego w krótkim czasie wyjść, polecił członkom przyczynienie się jakąś pracą, wywołało dość żywą rozprawę, która skończyła się przyjęciem wniosku sekretarza téj osnowy: Wydział lekarski uchwala odpowiedzieć zarządowi, że prace mające się drukować w roczniku, powinny dać obraz działania sekcyi wśród pewnego okresu czasu i jako takie po należytém ocenieniu do druku przez Wydział być polecone. Ażeby się to stać mogło, życzyłby sobie Wydział lekarski na przyszłość wcześnie przez zarząd o terminie wyjścia Rocznika być powiadomionym. Na ten raz zaś Wydział od zasilenia Rocznika pracami członków przez siebie poleconemi odstąpić jest zniewolonym. Zresztą Wydział zwraca uwagę zarządu i na to, że prace lekarskie ściśle naukowe, umieszczone w czasopiśmie przeznaczoném dla szerszych kół społeczeństwa, nie zaś dla samych lekarzy, nie mogą budzić należytego zajęcia i usuwają się z pod krytyki kompetentnéj, chyba gdyby zarząd przeznaczył osobny fundusz na oddzielne wydanie prac wygłoszonych na posiedzeniach sekcyi lekarskiéj lub przez Wydział do druku poleconych. W takim bowiem razie dzieło ściśle naukowolekarskie znalazłoby zbyt w kołach odpowiednich.

Następnie przy dziale porządku dziennego „choroby nagminne“ wspomniał kol. Kaczorowski o częściéj w ostatnim czasie pojawiających się zapaleniach błon mózgordzeniowych, które z powodu niezbyt wybitnych objawów z początku pewne trudności nasuwają rozpoznaniu. Objaśniwszy to na kilku przypadkach, podniósł kol. Kaczorowski i tę okoliczność, że i w zapaleniu błon mózgordzeniowych napotyka znaczne nieraz obrzmienie śledziony, dające wskazówki, ażeby chorym podawać chinin. W końcu wspomina o przypadku, dotyczącym 20kilko-letniéj choréj, leczonéj poprzednio przez kol. Jerzykowskiego, w któréj objawy przemawiały za zapaleniem błon mózgordzeniowych. Oględziny atoli ciała po rychłéj śmierci nie potwierdziły rozpoznania, ale raczéj odkryły gruźlicę ostrą otrzewny kiszek i małego mózgowia. Kol. Jerzykowski daje bliższe objaśnienie co do objawów poprzedzających powyższe cierpienie, które chorą do wstąpienia do zakładu Sióstr Miłosierdzia skłoniło. Objawami temi były: wypływ rzeżączkowy u dziewczyny nietkniętéj, nadzwyczajne opadnięcie sił. Późniéj chora dostała, objadłszy się pączkami, ciągłéj gorączki, boleści brzucha i zaparcia stolca.

Kol. Zielewicz mówi o znaczeniu jodoformu jako środka antyseptycznego. Dawszy pogląd historyczny na zastosowanie jodoformu w chirurgii, prelegent przedstawił swoje zapatrywania na własności trujące tego środka. Nie zgadza się na zdanie tych, którzy twierdzą, że własności te wtedy szczególnie się potęgują, jeżeli się przy opatrywaniu ran kombinuje jodoform z innemi środkami przeciwgnilnemi. Prelegent używa opatrunku jodoformo-sublimatowego i od czasu, jak większe rany w miejsce proszku jodoformowego opatruje gazą jodoformową, groźnych objawów zatrucia nie zauważył. Ostrzega przy tém o bezmyślném posypywaniu jodoformu na każdą ranę nawet powierzchowną i aseptyczną, co nietylko jest zbyteczném ale nawet o tyle szkodliwém, o ile zabliźnienie opóźnia. Takie rany najlepiéj opatrywać maścią borową jak najmniéj drażniącą. Gazy jodoformowéj używa prelegent w postaci gazy odtłuszczonéj, jodoformem natartéj lub téż preparowanéj na drodze mokréj, jednéj i drugiéj działanie nie jest jednak długotrwałe i dla tego prelegent nie radzi opatrunku jodoformowego uważać za właściwy (*Dauerverband)* wmyśl niektórych chirurgów niemieckich. O ile działanie zwyczajnéj gazy jodoformowéj wydzielinę przyranną wprawdzie zmniejsza, ale jéj stanowczo nie znosi, o tyle gaza jodoformowa lepka własność tę w wysokim posiada stopniu. Znakomity ten pomysł szkoły wiedeńskiéj zasługuje z tego względu na wszelkie uznanie. Gaza lepka skleja się z powierzchnią rany bardzo szczelnie, tamuje przeto znakomicie krwotok miąższowy, a wstrzymując rozkład wydzieliny, pod jéj wpływem *ad minimum* zmniejszonéj, utrzymuje ranę przez kilka dni w stanie zupełnie aseptycznym. Po zdjęciu opatrunku w pierwszych dwóch dniach rana jest zupełnie świeża i nadaje się jeszcze do spojenia i rychłozrostu. Wartość téj gazy okazuje się szczególniéj przy ranach jamistych, które przy tego rodzaju opatrunku bez drenowania obyć się mogą i do założenia szwu wtórnego dobrze się nadają. Z tych względów prelegent radzi, aby przy amputacyjach traumatycznych, na odnogach zgorzeliną już zajętych, tamponować powierzchnię amputacyjną gazą jodoformową lepką, a dopiero po pierwszéj zmianie opatrunku, w miarę wejrzenia rany próbować rychłozrostu. Postępowanie to nadaje się szczególniéj w praktyce prywatnéj na prowincyi, gdzie chirurg ma zwykle do walczenia nietylko z uszkodzeniem samém ale i z różnemi trudnościami zewnętrznemi, które antyseptycznym usiłowaniom jego nieprzeparte częstokroć stawiają zapory. Tym sposobem gaza jodoformowa staje się dla chirurga prawdziwém dobrodziejstwem, jeżeli obok tego nie zaniedbał wszelkich innych ostrożności antyseptycznych. Wreszcie podnosi prelegent wielką dogodność zastosowania jodoformu w roztworze eterycznym, który wstrzyknięty do rany zwłaszcza głębokiéj, pokrywa ją po ulatnianiu się eteru cieniutką warstewką jodoformu Prelegent formy téj używa bardzo często, zwłaszcza przy operacyjach gruźliczych. Laseczki jodoformowe w obec powyższych sposobów zastósowania jodoformu uważa prelegent za zupełnie zbyteczne, niedogodne, a często nawet szkodliwe. Wracając do kombinacyi opatrunku jodoformowego ze sublimatowym, prelegent nadmienia, że gaza sublimatowa strzyżona *(Krükgaze)* obficie na opatrunek jodoformowy nałożona, daje zupełną gwarancyję przebiegu przeciwgnilnego.

Kol. Kaczorowski mniema, że zastósowanie jodoformu rozczynionego w eterze nie jest nowém, a sam ze skutkiem stósował środek w téj formie przy jamach trudniéj nadających się do opatrunku przeciwgnilnego. — Kol. Wicherkiewicz ocenia należycie całą donioslość wtórorzędnych szwów, chociaż sądzi, że staraniem każdego chirurga powinno być, gdzie tylko stosunki na to zezwalają, od razu przystąpić do osiągnięcia celu ostatecznego. Są jednakże pewne okoliczności, wymienione przez Sprenglera w *Centrbl. f. Chirurgie*, Nr. 7, z r. b, które przemawiają za wtórorzędnym szwem. Do tych zaliczać przedewszystkiém wypada, obok niepewności aseptyki, silne krwotoki, uniemożebniające doraźne zagojenie się. Krwotoki silne z ran założonych celem przemieszczenia beztrzonowych kawałków skóry na powieki sposobem Wordswortha, niweczą częstokroć powodzenie rękoczynu, gdyż krew, któréj dla spiesznéj transplantacyi należycie zatamować nie można, tworzy pokład pomiędzy skórą przemieszczoną a podstawą i przeszkadza doraźnemu zagojeniu się. Jak wtórorzędny szew umożebnia jeszcze doraźne zagojenie się rany, tak téż późniejsze przemieszczenie skóry na aseptycznie czas jakiś utrzymaną ranę powinno udać się, a w tym względzie gaza jodoformowa lepka może znakomite oddać usługi, nietylko w blefaroplastyce ale w ogóle przy dermoplastycznych operacyjach. Jeżeli przez założenie bandażu z gazą jodoformową w aseptyczny sposób zapobiegniemy krwotokowi, a ranę utrzymamy w stanie świeżym, natenczas, zdaniem Wicherkiewicza, przeniesiony płat skóry po 24 lub 48 godzinach napotka daleko korzystniejsze warunki do przyrośnięcia. — Kol. Zielewicz zgadza się na poglądy poprzedniego mowcy, że właśnie tam, gdzie krwotoki przeszkadzają zagojeniu się doraźnemu, gaza jodoformowa lepka, jako umożebniająca założenie wtórorzędnych szwów, jest cennym środkiem. Co do intoksykacyi, to sądzi, że o takowéj mniej słychać z powodu, iż jodoform w mniejszych zastosowywa się obecnie ilościach. — Kol. Wicherkiewicz mniema, iż w okulistyce ilość jodoformu tak zazwyczaj jest małą, iż z objawami zatrucia nie łatwo się spotkać. W przypadkach atoli ogólnego zapalenia gałki (*Panophthalmitis*) albo rozległych owrzodzeń widząc się zniewolonym nieco więcéj posypywać jodoformu, lub gdy przy towarzyszących chorobom oczu owrzodzeniach jam nosowych zadmuchiwał jodoform do nosa, zauważał częstokroć skargi chorych na silny ból głowy. Czy takowy był rzeczywistym objawem zatrucia, czy też następstwem działania na ustrój powonienia lub téż czysto przypadkowym dodatkiem, trudno rozstrzygnąć.

Dr. Wicherkiewicz.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 16 kwietnia 1886.

Obecni koledzy: Kaczorowski, Köhler, Jarnatowski, Grodzki, Zielewicz i sekretarz. Przewodniczy kol. Kaczorowski.

Poruszono raz jeszcze sprawę udziału sekcyi w wydawni-

ctwie Rocznika Tow. Przyj. Nauk, a opierając się na poprzedniéj uchwale zauważono w dyskusyi, że Wydział, ani popierać ani sprzeciwiać się nie myśli ogłoszeniu w Roczniku prac lekarskich pojedynczych środków Wydziału, nie przyjmuje jednakże żadnéj na siebie odpowiedzialności.

Następnie mówił kol. Kaczorowski o doświadczeniach Millera, odnoszących się do oddziaływania grzybków rozszczepnikowych, odosobnionych w jamie ustnéj na przewód pokarmowy. Treść tego zajmującego odczytu jest następująca: Prof. Miller (*D. med. Wochenschrift*, Nr. 3) odosobnił już przeszłego roku 5 gatunków (znalezionych w spróchniałych zębach) grzybków rozszczepnikowych, które późniéj napotykał także wolne w jamie ustnéj, mianowicie na dziąsłach, za pomocą hodowli w żelatynie z peptonem wyciągu mięsnego. Grzybki owe odznaczają się własnością wywiązywania w zetknięciu z ciałami węglowodory zawierającemi znacznéj ilości gazów, dla czego im nadał miano: *bacterium aëragenes*, a nadto tak silnie opierają się kwasowi żołądkowemu, że całemi godzinami wystawione na jego działanie zachowywały jeszcze zdolność rozmnażania się. Wiadoma powszechnie rzecz, że niektóre osoby, dotknięte cierpieniami żołądkowemi, tuż po spożyciu niektórych pokarmów, nagabywane bywają przykrém wzdęciem żołądka i odbijaniem się gazów, już sama przez się wskazuje, że takie grzybki nie mogły być wprowadzone do żołądka wraz z pokarmami, ale że już poprzednio winny były się znajdować w żołądku. Chcąc więc rozstrzygnąć pytanie, jak długo owe grzybki w obec pokarmów do żołądka wprowadzonych w nim utrzymać się zdołają, następne wykonywał na psach doświadczenia: W nawiasie podnieść wypada, że u psów sok żołądkowy o 1° na tysiąc więcéj kwasu solnego zawiera, aniżeli żołądek człowieczy, a zatém daleko jest odporniejszy. Do tych doświadczeń używał 6 psów, z pomiędzy których 4 karmił przez 2 dni dwa razy na dobę mięsem, chlebem cukrem i mlekiem. Wraz z każdorazowém nakarmieniem zadawał im 40cm. hodowli czterech gatunków owych grzybków, zostawionéj przez 24 godzin w rozczynie wyciągu mięsnego. Pierwszéj kategoryi psy uległy po 24—36 godzinach biegunce, drugiéj kategoryi już po 15 godzinach. Jednego psa zabito po $2\frac{1}{2}$, drugiego po 6, trzeciego po 8, a czwartego po 9 godzinach. U pierwszych dwóch psów odczyn zawartości jelita był wyraźnie kwaśny, u trzeciego w dwunastnicy jeszcze alkaliczny, w dolnéj części jelita zaś kwaśny. U czwartego bardzo silnego i zdrowego zresztą psa odczyn w całém jelicie był alkaliczny. U pierwszego, drugiego i trzeciego psa, wszystkie gatunki grzybków znalazły się w wszystkich działach przewodu pokarmowego, najwięcéj w żołądku i prostnicy, najmniéj zaś w dwunastnicy. W żołądku czwartego psa nie było już żywych grzybków tylko czarna papka. U psów, karmionych tylko mięsem i mlekiem, bez cukru i chleba, wszystkie objawy jeszcze gwałtowniéj wystąpiły i u jednego, zabitego po 6 godzinach, znaleziono jelito całe napełnione bąblami gazów, odczyn w grubém jelicie jeszcze kwaśny i kawałki niestrawionego mięsa w żołądku. Jeżeli więc u zdrowych psów owe grzybki do 8 godzin wytrwać zdołają, w żołądku chorym człowieka tém łatwiéj opierać się winny, z czego Miller wywodzi wniosek, że nie tyle grzybki wprowadzone z pokarmami, ale znajdujące się jeszcze przed spożyciem pokarmów w żołądku największe sprawiają niedogodności, a ztąd sterylizowanie żołądka przed każdorazowém jedzeniem daleko ważniejszą odgrywa rolę aniżeli sterylizowanie samych pokarmów. Miller sam na osobie swojéj wykonał doświadczenie: wieczorem zjadłszy na kolacyję chleba i kartofli zażył w kieliszku mleka hodowli *bacterium aeragenes*. Po godzinie już nastąpiło wzdęcie żołądka; następnego rana kolka brzuszna, po 20 godzinach po zażyciu grzybków biegunka; po lekkiém śniadaniu wypił 3 gramy kwasu solnego w szklance wody i w parę godzin wprawdzie biegunka ustała, ale kilka dni jeszcze trwała pewna niedogodność w brzuchu, a jeszcze 6go dnia zdołał w kale wykryć owe grzybki. Daléj starał się Miller wykryć, jak niektóre pokarmy oddziaływają ilościowo na wywiązywanie się gazów po dodaniu do nich owych grzybków. Tym celem dodawał do pojedynczych pokarmów i to w ilości dwóch gramów po 3 gramy śliny i równéj ilości żelatyny z peptonizowanym wyciągiem mięsnym, zaprawionéj owemi grzybkami. Mięszanki owe nalewał do szkieł odczynowych naznaczając wysokość poziomu płynu, który w miarę wywięzujących się gazów unosił się w górę. Z tych doświadczeń wynikło, że ser, sałata, ryba, ogórki kiszone, zsiadłe mleko, jaja, szpinak, borówki i śliwki suszone, czyste świeże masło, mięso z ogórkami niezmieniały prawie wcale poziomu, najwięcéj zaś mięso razem z owemi owocami zmięszane, kartofle, kapusta, chleb, słodkie leguminy, ciężkie ciasta. W końcu prelegent zwraca uwagę na sprzeczności zawarte w ogłoszeniu Millera, który raz podaje, że pokarmy węglowodorowe sprzyjają rozwojowi pasorzytów rzeczonych, to znowu rozmnażanie się tychże utrudniać mają. Wreszcie dziwi się prelegent, że Miller, jako środka przeciwko grzybkom, używa w większych dawkach kwasu solnego, który przez doświadczenia okazał się nie dość skutecznym, podczas kiedy kol. Kaczorowski używa ze skutkiem w podobnych razach środka silniéj działającego, a jednak najmniéj organizmowi szkodzącego, jakim jest *Tinct. jodi*. Takową podaje przez tygodnie całe po 2 gramy dziennie nie widząc żadnego ujemnego skutku.

Po krótkiéj dyskusyi nad tym przedmiotem mówił sekretarz o operacyi wywróconéj powieki według nowego pomysłu własnego „wtórorzędnéj“ transplantacyi skóry, a na zakończenie odczytu, który w obszerniejszych rozmiarach będzie ogłoszony drukiem, przedstawił prelegent chorą, operowaną ze skutkiem według owéj metody. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Wyrazistą różnicę w ogólnéj liczbie mieszkańców Persyi stanowi plemię Gebry, najdawniejsi potomkowie dawnéj czystéj rasy irańskiéj, dziś pogardzane przez muzułmanów z powodu wierności w przechowywaniu religijnych tradycyj. Plemię to rozrzucone gromadkami zamieszkuje górskie doliny w środkowych prowincyjach kraju. Ze swéj strony również nienawistne dla Muzułmanów, szczyci się charakterem swych zwyczai, więcéj od innych dba o zachowanie czystości i porządku w swych siedzibach, podtrzymuje swój byt uprawą ryżu, hodowlą pięknych trzód owiec i koni, a gdy się okoliczność nadarzy to i łupieniem podróżnych, ot tak sobie, dla urozmaicenia zajęcia. Warunki też zdrowotne w miejscowościach, gdzie plemię to zwykło przebywać, są stosunkowo pomyślne, stanowią jedyny wyjątek w ogólnéj sanitarnéj sytuacyi Persyi, jak już wiemy w całym kraju wiele pozostawiającéj do życzenia. U Gebrów też zauważyłem jedynie pewne przestrzeganie przepisów higijeny domowéj. Czysta woda, sucha miejscowość, wyrzucanie zwykłych nieczystości jak najdaléj od domostw, utrzymywanie stert nawozu li tylko w pobliżu pól i wreszcie zakładanie osad zawsze w dali od wilgotnych ryżowisk, sąto okoliczności bardzo wpływające na dobrobyt mieszkańców. Unikanie zaś, a nawet wzbranianie się, wchodzenia w związki pokrewne z innemi plemionami, czyni, że pośród Gebrów przechował się dotąd dawny piękny ich typ, energija, temperament żywy i wesoły. Oko wędrowca, znużone nieraz ciągłym widokiem wstrętnych warunków zdrowotnych, z pewną przyjemnością przypatruje się gromadkom dzieci, rześko i wesoło igrających na trawnikach, lecz tylko przed zachodem i po zachodzie słońca. W świetlaną bowiem jego tarczę, uosabiającą dla nich najwyższe jestestwo, nie wolno im się wpatrywać. Lecz za to korzysta się w pełni z ożywiających jego promieni. Wygrzewać się na słońcu po pewném znużeniu jestto pospolity zwyczaj u Gebrów, mający jeszcze i swe praktyczne zastosowanie, gdy chodzi o wzmocnienie dzieci słabowitych. Ciekawy też zwyczaj zauważałem pośród tutejszych kobiet najwięcéj korzystających z ciepłoty słonecznéj. Matki oto, niemające dostatecznéj ilości pokarmu, położnice w kilka godzin po odbytym porodzie, osoby niedokrewne lub wycieńczone pracą, zagrożone char-

łactwem zimniczém itp., zasiadają całemi gromadkami na otwartych przestrzeniach, przepędzają kilka godzin lub całe dnie nawet wygrzewając się wszechstronnie i w tym dla wszystkich przystępnym sposobie, usiłują znaleźć drogę ku polepszeniu nadwątlonego stanu zdrowia. Gdyby też i mieszkańcy północy równąż mieli wiarę w skuteczną działalność ciepłoty słonecznéj, niezaprzeczenie nie tak często spotykałoby się pośród nich ciężkie stany patologiczne, które zwykle nieleczone lub traktowane przez samouków, stale dostarczają obfitego materyjału do powiększenia cyfry ogólnéj śmiertelności.

Dzisiejsi mieszkańcy Persyi, rozsiedli na przestrzeni 1,647.000 kilometrów, pomimo rozmaitości plemion, do jakich należą, dzielą się na osiadłych (Tadżyks) i koczujących (Illyat). Opowiadając o stosunkach zdrowotnych miast i wsi tutejszych, tam już uwydatniłem warunki, w jakich rodzi się i żyje ta część perskiéj ludności. Zajęci handlem lub rzemiosłami, oddający się z korzyścią dla siebie czynnościom pośredników urzędowych, mieszkańcy miast cechują się swą chytrością, zręcznością i podstępem stanowiącemi podstawę ich charakteru, uwidoczniającego się nietylko w niższych sferach społeczeństwa, ale dominującego i pośród osób wysokie zajmujących stanowiska. To też całém usiłowaniem każdego jest wzajemne okpiwanie się. Droga to bowiem prowadząca do pewniejszego obrobienia swych interesów, spinania się na szczyt pewnych dostojeństw, bez względu na potrzebę zachowania zasad moralnych i czuwania nad zachowaniem sił ustroju, stale narażonego na walkę z przeciwnościami wywołanemi warunkami klimatu i pogardą najelementarniejszych zasad higijeny. Moralnie też dzisiejszych mieszkańców Persyi można uważać za zwyrodniały odszczep swych przodków. Dawną zręczność władania łukiem i mówienia prawdy, dziś uważają za śmieszne lub zbyteczne. Co zaś do osobistéj odwagi, to i ta nie należy do cech dominujących w charakterze mieszkańców Iranu, do tego nawet stopnia, że ludność Tebryzu, Ispahanu, Kaszanu i Dyzfulu, posądzają o wyraźne tchórzostwo, co też i uwalnia ją od służby pod chorągwią lwa i słońca. A jednak zdaje się, że fizycznie Persi są najbardziéj zbliżeni do typu piękna, w znaczeniu takiém, jak my to rozumiemy. Pod względem zaś siły umysłowéj szybkie pojęcie, potężna i trwała pamięć, w istocie są u nich zdumiewającemi. Brakuje im tylko trwałości w zasadach, co też i prowadzi do usposobień, że radzi z możności szybkiego zrozumienia, nigdy nie starają się nic zgłębić.

Międzynarodowe stosunki krajów graniczących z Persyją oddawna już zwróciły uwagę tak administratorów jak i higijenistów na potrzebę czuwania nad ruchami plemion koczujących. W tym jednak względzie najpraktyczniéj sobie postępuje rząd rosyjski wzbraniając lub poprostu odpędzając od swych granic ruchomych perskich gości. Mniéj dbały rząd turecki, jakkolwiek ciągle niepokojony wymaganiami rady zdrowia, dotąd nic stanowczego nie postanowił. Bo też kwestyja ta nie jest łatwą do rozwiązania. Zwalczyć zwyczaj wędrówki koczujących plemion z miejscowości perskich do tureckiego Kurdystanu lub Iraku jest rzeczą prawie że niewykonalną, pomimo faktów tak doniosłego znaczenia, jak częste wybuchy chorób zakaźnych, których przeniesienie do posiadłości tureckich przez plemiona kurdzkie, przybywające z Persyi, zostało niejednokrotnie potwierdzoném. Niezaprzeczonym zaś jest faktem, że właśnie to pośród plemion perskiego Lurystanu i Kurdystanu znaleźliśmy najgorsze warunki zdrowotne, stany chorobowe zakaźne mające tam charakter nagminny, które przy corocznych wędrówkach plemion z łatwością mogą być przeniesione z jednéj okolicy w drugą. Zwyczaju jednak, na którym opiera się niejako istnienie koczujących plemion, żadną miarą nie da się zmienić, ponieważ śmiertelności przetrzebiającéj mieszkańców nie biorą na uwagę i tylko dbałość o zachowanie trzód jest jedynym przedmiotem interesującym cały koczujący ogół. Rzecz zaś prosta, że rząd Szacha także nie przedsięweźmie w tym względzie żadnych stanowczych kroków, tak że zarówno w miejscowościach perskich jak i w pogranicznych okolicach tureckich na długo jeszcze wypadnie pozostawać pod obawą ponownych wybuchów chorób zakaźnych, których zawleczenie wypada zawdzięczać corocznym wędrówkom znacznych mas perskiéj ludności. To też nie od usiłowań człowieka, a tylko i jedynie od zmiany warunków klimatycznych można się chyba spodziewać polepszenia się tych zawsze groźnych i nieznośnych dla ludności warunków.

Zapoznanie się z domowym bytem mieszkańców Persyi może mieć miejsce przy składzie tylko szczególnie sprzyjających okoliczności. Ztąd więc i przeniknięcie do wnętrza siedzib mieszkańców osiadłych nie tylko już dla zwykłego turysty ale nawet dla lekarza bywa zwykle bardzo trudne. Nie jestto jednak następstwem chęci ukrywania rodzaju swojskich stosunków lub obawy narażenia się na obcą krytykę, lecz tylko wynikiem utrwalonego przesądu, ze wszystko co nie wyznaje zasad szeityzmu, uważane za sprośne, nie powinno przekraczać progu domu koszernych adoratorów Alego! Persyjanin bowiem tak u siebie jak i poza domem, gdy się tylko znajduje w męskiém towarzystwie okazuje się dość skłonnym do zapoznania obcego z miejscowemi zwyczajami. Bawi go to nawet, że ktoś tam interesuje się jego bytem, i że fakty, jakie poda, mogą posłużyć do ułożenia nawet jakiegoś opisu (Ruzname). Lecz nie będąc w stanie ukryć swego zniechęcenia, wyraża prawdziwe zadowolenie, gdy obcy potrafi udać głuchego i ślepego na to wszystko, co dotyczy perskiego Henderunu (haremu). I gdy sam właściciel tego ostatniego ufa, że nikt nie jest w stanie przeniknąć badawczém okiem do jego wnętrza i że wszystko co tam ukrywa jest znaném tylko jemu, kobiety inaczéj rozumieją zasady życia i nie popularyzując się zbytecznie, znajdują widoczną przyjemność, gdy swą naiwnością ułatwią odkrycie pewnych szczegółów charakteryzujących ich byt, zwyczaje, zajęcia, a przedewszystkiém, strój.

Zupełnie odmiennemi zasadami kieruje się ludność koczująca bez różnicy okolicy, jaką zajmuje. Tutaj przybywający podróżny znajduje gościnność stosownie do zamożności właściciela namiotu. Wkrótce otacza go gromada bez różnicy płci i wieku, i jeżeli przybysz zdradził się, że jest lekarzem, otwiera mu się łatwe i obszerne pole do studyjów nietylko ciekawych stanów chorobowych, ale i tych wszystkich interesujących szczegółów, jakie cechują życie plemion koczujących.

Wiemy już, w jak niekorzystnych warunkach zdrowotnych ludność perska pędzi swoje życie. Niedbała i znajdująca się w niemożności ich polepszenia, także i swym strojem wcale nie stara się o odpowiedzenie wymaganiom klimatu. Futra też i tkaniny wełniane, ciężkie okrycia głowy, płaszcze z wielbłądziéj sierści lub długie chałaty i ciepłe wełniane pasy, otaczające biodra i część dolną klatki piersiowéj, słowem wielka dbałość o zaopatrzenie górnéj części ustroju, z pozostawieniem nogi najczęściéj niczém nieokrytéj lub zabezpieczonéj tylko przy wyjściu z domu krótkim i ciasnym

sandałem, spotykamy zarówno na północy jak i południu. W żadnym téż z krajów dalekiego Wschodu przysłowie, że zamożnego poznasz po ilości szat, jakie na siebie wciąga, nie znajduje nigdzie tak praktycznego zastosowania jak właśnie pośród ludów zamieszkujących Persyję. Tutaj téż w miarę tego im więcéj pod długim chałatem ukrywa się węższych lub obszerniejszych części ubrania, tém większą jest powaga i stanowisko noszącego je. Rozpatrzenie się zaś w szczegółach stroju mieszkańców Persyi przekona, o ile takowy odpowiada wymaganiom klimatu, i o ile zabezpiecza od zewnętrznych wpływów powietrza.

Ogoloną zwykle głowę okrywa wysoki sukienny lub z czarnego baranka kołpak (kulach), wewnątrz wyłożony watą i stosowną ilością różnokolorowéj perkalowéj lub jedwabnéj podszewki. Jestto oznaka wyróżniająca prawdziwych Persów od innych mieszkańców, a niemniéj też i od kategoryi urzędniczéj, która, dzięki pewnym postępom, zmuszoną jest do okrywania głowy li tylko niskiemi z czarnego sukna kapami, bez obowiązku pozbywania się włosów, których pielęgnowaniu i swojskiemu trefieniu poświęcać zwykli nie mało czasu.

Właściwa koszula jest tu nieznaną. Zastępuje ją rodzaj kurtki (Pirhen) o wąskich i krótkich rękawach, na znak żałoby, zawsze rozciętéj z boku, spinanéj tylko powyżéj ramienia i sięgającéj zaledwie do podżebrza. Ta najniezbędniéjsza część ubrania rzadko kiedy bywa płócienną, najczęściéj perkalową, lub jak u mieszkańców perskiego Lurystanu uszytą z tkaniny napół wełnianéj koloru modrego, wyłącznie fabrykowanéj w Bombaju. Bardziéj dbałym od Persa jest mieszkaniec Kurdystanu, u niego bowiem koszula płócienna uważana za niezbędną podług długości i szerokości jéj rękawów, zwykle sięgających aż do ziemi, jest jeszcze oznaką dostojeństwa. Kurd téż tutejszy lubuje się w rozwijaniu i skręcaniu rękawów swéj koszuli. Jestto dla niego pewnym rodzajem rozrywki, a niemniéj téż i praktycznym środkiem do przechowywania w rękawach koszuli pewnych drobiazgów, używania jéj za ręcznik i chustkę do nosa, a w podróży posługiwania się kilkołokciowym i związanym na węzeł rękawem, jako okryciem zabezpieczającém od działania słońca. Ku okryciu dolnéj części ustroju służą zwykle szarawary z białego płótna, noszone bez względu na porę roku i o tyle szerokie i przestronne, o ile koszula jest wąską i krótką. (D. c. nast.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32·5. Z płonicy umarło 2 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 3 przypadkach płonicy. W tygodniu od 13—19 czerwca umarło z ospy: w Warszawie 3, w Budapeszcie 12, w Pradze 6, w Rzymie 10, w Zurychu 2, w Wenecyi, Paryżu, Brukseli i Odesie po 1. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Pradze i Odesie po 1, w Budapeszcie 2, w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Wenecyi 64. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 10. Z odry umarło w Berlinie 14, w Paryżu 25, w Londynie 27, w Petersburgu 41. Z płonicy umarło w Budapeszcie 10, w Paryżu 16, w Hamburgu 11, w Petersburgu 22. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 25, w Paryżu 28, w Londynie 26. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Londynie 28.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,7; we Lwowie 36,2; w Drohobyczu 57,8; w Kołomyi 16,3; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 45,9; w Tarnopolu 31,3; w Tarnowie 36,7; w Czerniowcach 38,8; w Opawie 40,4; w Warszawie 32,8; w Poznaniu 36,5; w Wiedniu 24,6; w Budapeszcie 38,1; w Pradze 37,2; w Salcburgu 39,2; w Gracu 30,6; w Tryjeście 27,8; w Insbruku 28,4; w Bernie 35,9; w Ołomuńcu 28,2; w Berlinie 27,6; we Wrocławiu 36,8; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 22,0; w Hamburgu 26,9; w Kolonii 26,1; w Lipsku 18,7; w Mnichowie 28,4; w Strasburgu 29,7; w Amsterdamie 19,0; w Bazylei 12,5; w Brukseli 24,7; w Chrystyjanii 18 7; w Genewie 15,1; w Kopenhadze 21,1; w Londynie 14,9; w Odesie 40,1; w Paryżu 21,4. w Petersburgu 29,2; w Rzymie 23,4; w Stokholmie 20,0; w Wenecyi 46,5; w Zurychu 22,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 lipca. Uroczystość jubileuszowa prof. Teichmana odbyła się według zakreślonego programu w największym porządku i przy udziale wielkiéj liczby uczniów. W wilię jubileuszu, w piątek wieczór studenci urządzili korowód z pochodniami, który wyszedł z *Collegium physicum* na ulicy św. Anny i rynkiem zdążył przy odgłosie muzyki przed dom jubilata; w korowodzie tym wzięło udział kilkuset uczniów, a deputacyja ich udała się do pomieszkania prof. Teichmana; na przemowę przewodniczącego jubilat odpowiedział zapewniając, że spełniwszy poprostu obowiązek swój nie rości sobie pretensyi do szczególniejszego uznania. W sobotę o godzinie 12éj w sali wykładowéj anatomii opisowéj, po usunięciu stołu sekcyjnego i wszystkiego, coby przypomniało jéj przeznaczenie, zamienionéj w śliczną aulę, zajęli miejsca rodzina jubilata, rektor U. J., dziekan Wydziału lekarskiego, prezes Tow. lek. krakowskiego razem z wiceprezesem i sekretarzem stałym, kilku profesorów i docentów wydziału filozoficznego i lekarskiego, delegaci poszczególnych sekcyj Tow. lekarzy galicyjskich itd., podczas gdy amfiteatr zajęty był przez uczniów. Po wprowadzeniu jubilata przemówił naprzód jeden z uczniów, następnie rektor U. J., dziekan Wydziału lek., wiceprezes sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. prof. Kadyi, prezes Tow. lek. krakowskiego, następnie delegaci sekcyj poszczególnych Tow. lek. galic., daléj powtórnie prof. Kadyi w imieniu byłych asystentów, delegat czytelni akademickiéj itd. Na każde z przemówień odpowiadał jubilat, widocznie wzruszony owacyjami. Chór akademicki pod kierunkiem p. Barabasza pięknym śpiewem rozpoczął i zakończył uroczystość.

W niedzielę wieczorem podejmował jubilat u siebie około 70 osób z rozmaitych warstw społeczeństwa, przeważnie profesorów, asystentów i uczniów; szereg toastów rozpoczął sam jubilat od wynurzenia wdzięczności dla N. Pana, poczém b. rektor U. J. prof. Kuczyński wzniósł toast na cześć jubilata i jego rodziny, za którym poszły inne toasty. Ochoczo bawiono się w domu gościnnym aż do północy. Tak w sobotę jak i w niedzielę nadeszły liczne telegramy z serdecznemi życzeniami dla jubilata. Z pomiędzy nich, o ile zapamiętaliśmy, najważniejsze były następujące: z Wiednia, od proff. Langera, Hofmanna, Ludwiga, Politzera, Grubera, Rokitanskiego, z Gracu od prof. Zuckerkandla, z Pragi czeskiéj od prof. Šteffala, z Berlina od Virchowa, Waldeyera (wdzięcznego ucznia), z Warszawy od prof. Hoyera, prezesa Tow. lek. Gepnera i redakcyi Gazety Lekarskiéj, ze Lwowa od Biesiadeckiego, Radziszewskiego, z Poznania od Tow. P. N. i od Wicherkiewicza itd. itd. Towarzystwo lekarskie warszawskie nadesłało nadto dyplom na członka honorowego, sekcyja lwowska piękne album, a najpiękniejszy dar ofiarował jubilatowi b. jego asystent prof. Kadyi, poświęcając mu piękną a mozolną pracę, która ukaże się w pismach Akademii, a z któréj szan. autor poda wyciągi i w Przeglądzie Lek.

* Na posiedzeniu swém d. 2 bm. odbytém Wydział lekarski zamianował Dra Stanisława Brauna asystentem przy klinice położniczo-ginekologicznéj na 2 lata i przedstawił Ministerstwu do zatwierdzenia asystentem przy zakładzie chemii lekarskiéj kandydata medycyny Antoniego Opieńskiego.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. krak. prof. Mikulicz i doc. Jaworski przedstawili chorego z gastroenterostomiją, a w dyskusyi przemawiał prof. Obaliński, poczém

prof. Browicz miał wykład zapowiedziany, w dyskusyi zaś mówił prof. Madurowicz, w końcu Dr. Prus przedstawił preparaty nerwików nerwów, poczém zabierali głos w dyskusyi proff. Mikulicz, Oettinger. doc. Pieniążek i Gluziński.

* Wspomnieliśmy w swoim czasie, że z inicyjatywy referenta lekarskiego Dra Karajana Rada sanitarna dolno-austryjacka zastanawiała się nad reformą studyjów i egzaminów lekarskich. Obecnie Rada ta przedłożyła Ministerstwu spraw wewnętrznych i oświecenia wnioski swoje. Uznając zasadniczo konieczną potrzebę reformy Rada w szczególności zwraca uwagę na brak ustawą przepisanego planu studyjów, daléj na niedostateczne praktyczne wykształcenie lekarzy z powodu przepełnienia sal wykładowych, na potrzebę skrócenia feryj i uporządkowania kwestyi czesnego. Rada uważa za wskazane, aby uczniowie medycyny tylko przez 4 lata uczęszczali na wykłady, a 5ty poświęcali uczęszczaniu do szpitali, aby przypuszczenie do praktyki było zależném od złożenia egzaminu rządowego, nie zaś od doktoratu, który ma być wymagany tylko od tych kandydatów, którzy zamierzają poświęcić się zawodowi nauczycielskiemu lub jakiejś specyjalności.

Otóż główne wnioski Rady. Co do nas powtarzamy pytanie, kto upoważnił referenta lekarskiego lub Radę sanitarną dolno-austryjacką do robienia uwag, a jeżeli upoważnienia nie było, wnioski te zapewne pójdą *ad acta*. Nie wchodząc w szczegóły i nie wdając się w krytykę owych wniosków sądzimy atoli, że wydziały lekarskie przedewszystkiém są powołane do wydania opinii w tym przedmiocie, i że jeżeli energiczny obecny Minister Oświecenia zamierza przeprowadzić reformę, nie omieszka zażądać od wydziałów opinii lub zwoła, jak to w innych kwestyjach ważnych ma miejsce, ankietę ze wszystkich wydziałów i korporacyj lekarskich.

* Otrzymaliśmy dzieło prof. Laskowskiego w Genewie p. t. *„L'embaument la conservation des sujets et les préparations anatomiques. Genève, Bale, Lyon. 1886 (Tous droits réservés)*, in 8vo, str. 154. Z dzieła tego szanownego naszego rodaka a słynnego anatoma zdamy sprawę obszerniejszą.

* W Szczawnicy do d. 30 czerwca było gości 953, w Cieplicach czeskich 3016, w Giesshüblu 175.

* W Szczawnicy tego roku praktykują następujący lekarze: Drowie Trembecki, Ściborowski, Doskowski, Gluziński, Gumowski, Kołączkowski, Nieszkowski i Zaremba.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kazań.** Docent pryw. akademii petersburskiéj Dr. Lewaszów obejmuje katedrę kliniki lekarskiéj po zmarłym prof. Winogradowie, a Dr. Bechterew mianowany został zwyczajnym prof. psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Sroczyński ze Stanisławowa i Józef Friedberg z Sokala.

* **Nekrologija.** W Wiedniu umarł były jeneralny lekarz sztabowy Dr. Antoni Frisch, ojciec profesora.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Malinowskiego: Kilka uwag o malaryi (c. d.); Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 27: Heringa: Kwas mleczny, jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych (c. d.); Grünbauma: Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. OBTUŁOWICZ: O dyfteryi. (Odbicie z Przeglądu Lek.) Kraków 1886 in 8vo str. 85.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 14 b. m. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne w sprawie Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1887 odbyć się mającego.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Drowi P. w N. Odsyłamy szan. kolegę do pracy Dra Pawińskiego: O szmerach sercowych słyszalnych z odległości (Księga jubil. prof. Hoyera. Warszawa, 1884, Rocznik Virchowa i Hirscha, 1886).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 17 lipca 1886. № 29. Rok XXV.

I. O postępowaniu przy zatkaniach tchawicy i oskrzeli przez błony rzekome, występujących w przebiegu krupu po tracheotomii.

(Wykład miany w Tow. lek. krak.)

Podał docent **Dr. Pieniążek.**

Krup należy bezsprzecznie do najcięższych chorób wieku dziecięcego, tak, że jeżeli w innych nagminnie występujących mówi się o procencie śmiertelności i podług niego ciężkość epidemii ocenia, to tu przy całym wysiłku sztuki lekarskiéj dopiero o procencie wyzdrowienia mowa być może. Nie chcę przeczyć możności samoistnego wyzdrowienia w krupie, zdarza się ono jednak równie jak i formy krupu poronne wyjątkowo tylko. W obec takiéj choroby sądzę, że każdy nabytek terapeutyczny, który może mieć pozytywną wartość, powinien być pożądanym, jakkolwiekby wartość ta małą nawet była. Pierwszym takim środkiem pozytywnéj choć małéj wartości są środki wymiotne. Zwykle sprawiają one w początku choroby ulgę, ale chwilową tylko, zdarzają się jednak przypadki, lubo bardzo rzadkie, gdzie skutek ich jest trwałym. Ilość chorych dzieci środkami wymiotnemi wyratowana sądzę, że więcéj niż 1—2% nie wynosi. Stanowczy postęp w terapii krupu stanowi tracheotomija, ta bowiem sama przez się ratuje może 15%—20% chorych, chociaż bywają epidemije tak złośliwe, że i tą operacyją nie wiele uratować można. W najlepszym jednak razie działanie lekarza na saméj tracheotomii się nie kończy, ale po jéj wykonaniu ma on jeszcze pole przez odpowiednie postępowanie usuwać grożące w dalszym przebiegu choroby niebezpieczeństwa, a w ten sposób zwiększenia jeszcze przypadków wyzdrowienia do 30—40%. O tém to postępowaniu po tracheotomii mówić tu zamierzam, aby przedłożyć pod sąd i krytykę kolegów to co sam pod tym względem stosuję, a czemu, mojém zdaniem, uratowanie kilku dzieci w bardzo ciężkich przypadkach zawdzięczam. Pozwólcie Panowie, że skreślę przytém w krótkości główne typy przebiegu téj choroby po tracheotomii wraz ze stosowném w nich postępowaniem. 1) Za najlżejszą formę uważać musimy tę, gdzie po tracheotomii błony krupowe nie szerzą się na tchawicę w tym stopniu, aby w niéj powtórne zwężenie pod kaniulą wywołać mogły. Przypadki te uratowane są przez samą tracheotomiję, po któréj prócz oczyszczania kaniuli wewnętrznéj uważać tylko należy na ranę i za pomocą inhalacyj zapobiegać możliwemu zaschnięciu śluzu w tchawicy lub oblepieniu nim końca kaniuli. Wydzielina tu jest śluzowo ropna, mająca jednak czasem dążność do zasychania. 2) Druga forma jest ta, gdzie po tracheotomii błony krupowe przechodzą na tchawicę w takiéj ilości, że pod kaniulą powtórne zwężenie sprawiają; zwykle znajdują się one w tchawicy już podczas tracheotomii, potém zaś szerzą się daléj i grubieją. Często poprzedza je wydzielina śluzowo ropna, mająca wielką do zasychania skłonność. Zwężenie występuje tu zwykle przy szerokiéj tchawicy t. j. u starszych dzieci na bifurkacyi, przy węższéj tchawicy już w samym przebiegu jéj rury blisko końca kaniuli. Jeżeli zwężenie tak powstałe jest mierne, dziecko jakotako choć z trudem oddychać może, jeżeli jednak dojdzie wyższego stopnia, wtedy grozi zaduszeniem, wymaga więc sztucznéj pomocy. Tu znowu przychodzą środki wymiotne, których użycie jednak ograniczone jest, tém, że zwężenie takie raz usunięte szybko wraca, gdyż błony krupowe szybko się odnawiają, a wreszcie często coraz niżéj schodzą, ciągłe zaś powtarzanie środków wymiotnych sprowadziłoby tylko wyczerpanie sił dziecka, przytém skutek ich niepewny słabnie jeszcze w miarę ich powtarzania. Więcéj osiągnąć tu można za pomocą inhalacyj, które już zaraz po tracheotomii są stósowne, aby wysychaniu wydzieliny zapobiedz. Ciepło pary ułatwia oddzielenie się błon, a płyn skroplony pobudza do kaszlu, tém samém do ich wykrztuszenia. Przy silniejszém zwężeniu można wbryzgiwać płyny za pomocą pulweryzatora lub też wpuszczać kroplami w celu pobudzenia kaszlu, a wreszcie piórkiem

tchawicę drażnić. Środki do inhalacyj lub wbryzgiwań używane, czy *Natr. boricum*, czy *Aq. calcis*, *acid. lacticum*, *v. boricum*, *resorcyn* itp., sądzę, że stoją na równi, głównie tu chodzi o mechaniczne drażnienie do kaszlu, przez który jedynie błony oderwać się mogą. Zdarzy się nieraz, że błony oderwane w większéj ilości zwinięte w kłębek nagle zatkają kaniulę, cechuje się to natychmiastowém zatamowaniem wydechu. Wtedy kaniulę wyjąć należy natychmiast a dziecko zwykle cały kłębek zwiniętych błon wyrzuci. Jeżeliby to nie nastąpiło, wyjąć takowy należy w sposób niżéj podany. W ten sposób czekać można, dopóki trwają dość silne oddechy i tętno znacznie nie osłabnie. Jeżeli jednak wyż wymienione środki okażą się bezskuteczne, a dziecku zagraża zaduszenie, wtedy mechanicznie błony usunąć należy. Dokonać tego można przez aspiracyję rurkami Weinlechnera, albo też kateterami elastycznemi, które są pod tym względem dogodniejsze, bo podatne. To téż używałem zwykle do aspiracyi kateterów elastycznych a nawet Nélatonowskich, bądź całkowitych, bądź téż z obciętym końcem. Cały kateter łatwiéj przez zwężenie w saméj tchawicy przesunąć i w razie potrzeby sztuczne oddechania przezeń stosować, kateter zaś z obciętym końcem pozwala odskrobać błony od ścian tchawicy i wciągnąć w otwór. W ten sposób można zwężenie w saméj tchawicy usunąć. Prócz tego można także przeprowadzić dłuższą kaniulę np. Königa przez miejsce zwężone, dopóki zwężenie nie jest zbyt wielkie i w ten sposób zabezpieczyć się od jego wzmagania się, ale nie od przesuwania się niżéj. Zamiast kaniuli Königa używam równéj długości kateteru elastycznego z obciętym końcem przymocowanego do tasiemki. U małych dzieci używałem w tym samym celu kateteru Nélatona, który mi się okazał dość elastycznym, aby nie był zgniecionym, używam go także i do aspirowania. Co do możności zgniecenia kateteru w saméj ranie przez chrząstkę obrączkową, zwykle od 3go dnia po operacyi obawa ta nie zachodzi nawet u kateterów Nélatonowskich, gdyż części te już zastosowały się do kształtu kaniuli. W ten sposób jesteśmy panami sytuacyi aż do podziału tchawicy, cóż jednak robić, jeżeli zwężenie jeszcze niżéj schodzi, a inhalacyje, wbryzgiwania płynu itp. skutku nie osiągają? Tu aspiracyja nie pomoże, w takim więc razie i w ogóle, gdy mnie kateter zawodzi, uciekam się do Schrötterowskiéj pincety krtaniowéj, któréj obecnie i w zwężeniu w saméj rurze tchawicy używam. Wprowadzam ją do tchawicy przez ranę z tak ułożonemi szczypczykami, żeby się nie na boki, lecz ku przodowi i tyłowi rozwierały, w ten sposób nie obawiam się uchwycić za klin podziałowy tchawicy. Następnie wsuwam w głąb rozwarłszy ją, oddzielając przez to błony krupowe od ścian i uchwyciwszy ich kłębek wyjmuję. Czasem za jednym, czasem za kilku razami udaje mi się oswobodzić tchawicę. Jeżeli się to działanie na nieoddechającém już dziecku rozpocznie, należy się spieszyć i zdobywszy drogę dla powietrza zaraz stosować sztuczne oddechanie; z drugiéj strony wydobycie błon na dziecku, które już ustało oddechać, jest łatwiejszém. To, co tu podaję, twierdzę na podstawie doświadczenia, nieraz bowiem zdarzyło mi się wyciągać błony na dziecku już asfiktyczném, kładę téż nacisk na to, aby szybko usunąć przeszkodę, t. j. błony i sztuczne oddechanie jak najprędzéj i wytrwale potém stosować niezrażając się, jeżeli nie odrazu dziecko do siebie przychodzi. Jeżeli zwężenie przesuwa się poniżéj t. j. na początek oskrzeli głównych, można przy odpowiedniém wygięciu ciała na jeden lub drugi bok wprowadzić pincetę przy odpowiedniém jéj wygięciu do prawego lub lewego oskrzela i z nich błony usunąć. Możemy się wreszcie i za pomocą wzroku przekonać o umiejscowieniu zwężenia, jeżeli wprowadzimy do tchawicy przez ranę odpowiedni wziernik przy silném wygięciu głowy ku tyłowi. Wzierniki, jakich w tym celu używam, są to skrócone wzierniki nosowe Zaufala. W ten sposób mogę widzieć bądźto błony nad bifurkacyją, bądź tę ostatnią błonami pokrytą a oraz błony w początkach oskrzeli, bądź téż te części wolne, co na zwężenie w mniejszych oskrzelach wskazuje. Wreszcie ręka wprowadzająca pincetę czuje, gdzie napotyka zwężenie. Patrząc przez wziernik mogę nakierować tułów na bok tak, iż początek jednego lub drugiego oskrzela dokładniéj widzieć można, potém wyjąwszy wziernik wsuwam przy téj saméj pozycyi ciała dziecka pincetę, trzymając się przytém téj strony, w któréj oskrzele wejść zamierzam. Tak więc wyginam tułów na prawo i schodzę po ścianie lewéj, aby wsunąć pincetę do oskrzela lewego i odwrotnie. Śmiało twierdzić mogę, że użyciu pincety téj w stosownéj chwili zawdzięczam życie niejednego dziecka, które się już straconém być zdawało. Nie podaję dat statystycznych co do rezultatów w ogóle, gdyż te jedynie w obec wielkiéj ilości przypadków mają wartość, w przeciwnym razie zanadto od przypadkowości zależą; podnieść jedynie muszę w téj metodzie, że tak jak aspiracyja kateterem pozwala usunąć błony krupowe tam, gdzie ich dziecko mimo wszelkiéj pomocy wykrztusić nie zdoła, tak i pinceta daje nam środek ratunku tam, gdzie kateter nie wystarcza, pole jéj działania nie kończy się bowiem na dole tchawicy, lecz na końcach oskrzeli głównych. Przytém jest ona w działaniu pewniejszą, niż kateter i nie naraża lekarza tak jak aspiracyja, którą przecież trudno inaczéj jak własnemi ustami odbywać. Że postępowanie to nie jest tak przykrém dla dziecka, jakby się zdawało, poucza mnie doświadczenie moje w téj mierze. Zrazu używałem pincety i kateterów prawie tylko w obec następującéj asfiksyi, widząc jednak skutek téj metody zacząłem używać jéj wcześniéj, gdy dziecko rzuca się niespokojne z powodu duszenia się. Dzieciom takim zwykle przy tém postępowaniu nie każę nawet rąk trzymać, a nie zdarza się, aby za pincetę chwytały. Wreszcie zazwyczaj odchodzą błony w téj formie dość łatwo i bez krwi, co wyklucza skaleczenie. Zdarzyło mi się, że dziecko 7-letnie raz w ten sposób od duszności uwolnione, potém przy każdym napadzie samo wskazywało mi leżącą obok pincetę prosząc, abym jéj użył, a rzucało się gniewnie, gdym kazał jeszcze inhalacyje lub nabryzgiwania robić. Nie przeczę, że ta forma krupu wymaga dużo pracy ze strony lekarza, napady sufokacyi bowiem mogą się powtarzać po trzy i cztery razy na dobę od drugiego do 6—7 dnia po operacyi, a miałem przypadek, gdzie do dwóch tygodni bywało ich najmniéj cztery dziennie, jednak dziecko wyratowane zostało. Przypadki tak częstych i długo powtarzających się powrotów sufokacyi zapewne bez tego rodzaju leczenia nie zdarzają się, gdyż wcześnie dziecko uledz musi. Jeżeli błony krupowe schodzą na oskrzela drugorzędne i tam sprawiają zatkanie, przekonać się o tém można w ten sposób, że pinceta z łatwością i przez tchawicę i oskrzela główne przechodzi, wtedy jednak nie wiele z jéj pomocą osiągnąć można. Zdarza się wprawdzie nieraz, że się uda wyciągnąć błoniastą rurkę z oskrzela głównego, która się daléj na trzy rurki odpowiednio oskrzelom drugiego rzędu rozdziela. W ten sposób uda się nieraz oswobodzić jedno a czasem oba płuca, ratunek jest tu jednak

o wiele mniéj pewny, a przytém tu należy być ostrożnym, aby nie uchwycić błony śluzowéj w miejscach podziału oskrzeli głównych na drugorzędne. W ogóle za zasadę przyjąć należy, że im niżéj zwężenie występuje, tém ostrożniéj pincetą manipulować należy, a w ogóle chwytać się jéj dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków, jeżeli stan dziecka absolutnie czekać dłużéj nie dozwala, słowem tam dopiero, gdzie już nic nie ma do stracenia. Wtenczas narzędzie to może oddać prawdziwe usługi. W saméj tchawicy wcześniéj pincety używać można. Mówiąc o zstąpieniu błon krupowych do oskrzel drugiego rzędu wspomnieć nam należy o trzeciéj formie typowéj, gdzie po tracheotomii dni kilka oddech się utrzymuje swobodny, a jeżeli zostanie utrudniony, to zwykle wydzieliną zaschłą klejowatą, któréj spore kłębki lub rurki z tchawicy wydobyć można, a często po wyjęciu rurki dziecko je samo przy wbryzgiwaniach wyrzuca. Błony krupowe zwykle po tych klejowych dopiero się pokazują, ale są cienkie i tkwią silniéj w ścianach tchawicy, tak że się trudniéj odrywają. To też błony te zwykle dopiero w oskrzelach sprawiają zatkanie, które dla tego czasem czwartego dnia dopiero po tracheotomii występuje, lubo i wcześniéj wystąpić może. Często zatkanie oskrzeli na oko nie przedstawia zwykłego obrazu stenozy, dziecko oddecha lekko, ale coraz słabiéj, jest jak odurzone, sinieje, w końcu przestaje oddychać. Badanie płuc wykazuje w tych przypadkach, że są części, do których powietrze wcale nie dochodzi, gdy do innych dochodzi ono zupełnie łatwo. Bez tego badania możnaby cały obraz kłaść na karb dyfterytycznego zakażenia. Tutaj pinceta nic już nie zdziała, wyjąwszy, jeżeli powietrze do całego jednego płuca nie dochodzi, do drugiego dochodzi łatwo. Wtenczas jest jedno główne oskrzele zatkane, pomoc więc mechaniczna może przeszkodę usunąć. Należy jednak tu być ostrożnym, cienkie błony trudniéj uchwycić pincetą i trudniéj je oderwać, a gdy się to uda, to rzadko w większéj ilości odrazu. Ztąd też czasem się tu i wydzielina lekko krwią zabarwiona pokaże. To jednak nie może wstrzymać od téj próby w chwili, gdy i tętno i oddech ustaje. Wreszcie przy zatkaniu oskrzeli drugorzędnych w ogóle tam, gdzie przeszkody oddechania usunąć nie można, pozostaje nam tylko utrzymywać życie przez sztuczne oddechanie, które doprowadza powietrze przynajmniéj przez niezwężone jeszcze oskrzela, a nawet przez zwężone przepchać je może, przytém przez często powtarzane inhalacyje, nabryzgiwania i spiracyje, przeszkadzać zlepianiu się błonek w oskrzelach i niejako ługować pozwoli. Wszystko to jednak nie wiele obiecuje skutku. W każdym atoli razie można temi sposobami podtrzymywać życie, a udać się może zwrotu w przebiegu choroby doczekać. Szczególniéj należy sztuczne oddechanie energicznie stosować, aby ułatwić ukwasorodnienie krwi przy zmniejszonéj powierzchni płuc, do któréj powietrze dochodzi, a powtóre, aby zastąpić tém kaszel, do którego dziecko wyczerpane i nieprzytomne nie jest zdolném, a który jedynie wymacania błon dokonać jeszcze może. W ogóle jednak formę tę równie jak przesunięcie się błon na drugorzędne oskrzela w formie poprzedniéj za stan ciężki uważać musimy, tém więcéj, że nie mamy środków skutecznych do działania przeciw niemu. Z opisu błon w téj formie łatwo poznać, że stanowi ona łącznik między prawdziwym krupem a dyfteryją, któreto dwie choroby w krańcowych jedynie formach stanowią różne zupełnie obrazy, pomiędzy temi obrazami napotykamy cały szereg obrazów pośrednich bliżéj jednego lub drugiego krańca leżących, między któremi ściśléj granicy przeprowadzić się nie da, dla czego też w niniejszym wykładzie krupu od dyfteryi nie oddzielam. Ostatnią a najcięższą formę stanowią te przypadki, gdzie nie zwężenie dróg oddechowych lecz zakażenie dyfterytyczne stanowi główne niebezpieczeństwo. Sprawa wypocinowa zwykle się tu do połyku ogranicza, a jeżeli schodzi na krtań, a mianowicie na głośnię i wywołuje zwężenie jéj w tym stopniu, że tracheotomii wymaga, to zwykle po wykonaniu operacyi nie sprawia zwężeń następowych, albo znacznie słabsze, a dzieci ulegają ogólnemu zakażeniu. Tu więc pomoc mechaniczna nie jest zwykłe potrzebną, a nawet w razie potrzeby nieskuteczną, gdyż z innéj strony niebezpieczeństwo zagraża. Leczenie więc tych przypadków nie wchodzi w zakres obecnego wykładu.

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

W przypadku drugim rozpoznaliśmy wprawdzie zapalenie opon na podstawie gruźliczéj, nie mogliśmy się jednak przez cały czas obserwacyi oprzeć pewnemu powątpiewaniu, czy nie mamy z inną postacią zapalenia opon do czynienia. Powątpiewanie to wznieciły w nas niektóre przypady, niezwykłe w zapaleniu gruźliczém opon podstawy, a mianowicie: nadzwyczaj wybitne i przeważające objawy ze strony czuciowéj, nadzwyczaj silny ból głowy, znaczna przeczulica, niespokój, krzyki ustawiczne przeraźliwe, zwężenie źrenic prawie aż do śmierci; daléj dwukrotne tylko wymioty w przeciągu całego czasu choroby, regularność tętna i oddechu, zatém brak objawów zadrażnienia nerwu błędnego, brak obstrukcyi, wreszcie jednorazowy tylko napad drgawek, podwyższenie ciepłoty bardzo znaczne, bo 40·5° już 3 dni przed śmiercią, bez wystąpienia jakiegokolwiek powikłania ze strony innych narządów. Obrzęku śledziony w obydwu przypadkach ani za życia ani przy sekcyi nie stwierdziliśmy. Obydwa te przypadki jeszcze z tego względu zasługują na uwagę, iż w reszcie narządów nie napotkaliśmy żadnych ważniejszych zmian. Byłyto zatém przypadki niekomplikowane, bo w pierwszym znaleźliśmy tylko przy sekcyi pozostałości po przewlekłym nieżycie jelit a w drugim świeży nieżyt oskrzeli powstały prawdopodobnie w ostatnich dniach życia. Inaczéj ma się rzecz w trzech przypadkach zapalenia opon mózgowych tak powierzchni półkul jak i podstawy. Tu bowiem zapalenie opon nie było chorobą pierwotną i jedyną, lecz zakończeniem całego szeregu chorób rozmaitych narządów, co stało się powodem, że przebieg zapalenia był utajony a nieliczne objawy pozwalały zaledwo podejrzywać rozpoczynanie się jednéj z chorób opon mózgowych lub mózgu. Tymczasem objawy spostrzegane za życia w rażącym stały niestosunku do wybitnych i rozległych zmian stwierdzonych przy sekcyi w narządzie środkowym nerwowym. W jednym tylko z owych trzech przypadków były objawy cechujące zapalenie opon; chora jednak została oddaną do szpitala w okresie konania a anamneza zbyt była niedokładna, żeby na jéj podstawie można było ściśle rozpoznać chorobę.

Przypadki te są następujące:

1. Katarzyna Soroczyńska, dziewczyna 1-roczna, przy-

jęta do szpitala 2 stycznia 1879. Chora miernie odżywiona, głowa duża, guzy czołowe wysadzone, obwód czaszki wynosi 47cm., wymiar prosty 15½, poprzeczny 13¼ przy obwodzie klatki piersiowéj 43cm. o długości ciała 72cm. Żyły czaszkowe mocno wypełnione, ciemię wysklepione, lecz mało tętniące, powieki na wpół otwarte, źrenice zwężone. Dziąsła obrzękłe, 1szy okres zębowania, szczęki zaciśnięte, w ustach znaczna ilość piany. Oddech przerywany, tętno bardzo słabe, nieregularne, bicie serca przyspieszone, wymioty, zaparcie stolca, porażenie mięśni odnóg, zupełny brak świadomości. Chora od 3ch dni cierpi na drgawki. Drgawki w ciągu dnia kilkakrotnie się powtórzyły a 3go stycznia zmarła chora w napadzie drgawek.

Sekcyja wykonana 4 stycznia wykazała: *Leptomeningitis fibrino-purulenta convexitatis nec non baseos cerebri, sbs. hydrocephalo int. acuto minoris gradus. Enteritis follicularis recens sbs. hyperplasia glandul. mesaraicarum.*

2. Katarzyna Gomulówna, dziewczyna 5cio-letnia, przyjęta dnia 6go października 1879. Obwód czaszki 49cm., wymiar prosty 16½, poprzeczny 14½, obwód klatki piersiowéj 59cm., długość ciała 96cm. Stos pacierzowy w dolnéj części piersiowéj kątowato załamany, *Kyphosis vera.* Garb utworzony z ostatnich kręgów piersiowych, pokryty skórą prawidłową, za dotykiem niebolesny, lecz w skutek znacznego załamania ostatnie żebra przylegają prawie do grzebienia miednicowego, zwłaszcza po stronie lewéj, gdzie téż znajduje się blizna przebiegająca równolegle z przedostatniém żebrem, przy końcu wewnętrznym rozpadnięta i wydzielająca nieco ropiastéj cieczy. Po wewnętrznéj stronie uda lewego w części górnéj znajduje się otwór przetokowaty, z którego wydobywa się ropa w znacznéj ilości. Chora leży na boku lewym i ani siedzieć ani stać o własnéj mocy nie potrafi. Odnogi dolne mocno wychudłe wyprostować się nie dają w zupełności, a chora nawet podtrzymywana pod pachami stanąć nie może. Klatka piersiowa w postaci swéj odpowiednio do tak znacznego garbu zmieniona, odgłos wypukowy z tyłu przy kręgosłupie od góry stłumiony, oddech słabo słyszalny, w reszcie płuc liczne rzężenia. Serce przesunięte ku wewnątrz i ku dołowi, tony czyste. Brzuch duży, wątroba i śledziona znacznie powiększone, brzegi ich twarde, tępe. Na rogówce oka lewego zapalenie pryszczykowe. Chora nie gorączkuje, w sferze czuciowéj i psychicznéj zboczeń nie ma. Mocz zbadany 15/10 wykazał obecność białka w małéj ilości bez składników morfologicznych w osadzie. 31/10 przystąpiło rozwolnienie. 3/11 stłumienie odgłosu wypukowego po stronie lewéj klatki piersiowéj zwłaszcza z tyłu, szmery oddechowe słabiéj słyszalne, c. r. 37·5°. 11/11 w moczu znaczniejsza ilość białka, w osadzie nieliczne wałeczki Belliniego przeźroczyste; obrzęk surowiczy skóry około kostek, twarz nieco nabrzękła, w jamie brzusznéj stwierdzono obecność płynu wolnego. 12/11 chora żali się na ból głowy, przyczém dostrzeżono lekkie porażenie nerwu twarzowego po lewéj stronie. Po nad całą lewą połową klatki piersiowéj wypuk czczy i stłumiony, oddech bardzo słabo słyszalny, granic serca oznaczyć nie można, tony serca bardzo słabo słyszalne, oddech przyspieszony, obok kaszlu i duszność. Brzuch mocno wysklepiony, wątroba i śledziona jeszcze bardziéj obrzękłe. Rozwolnienie się utrzymuje. Chora w nocy nie sypia. 14/11 stan ten sam, ból głowy ciągły, chora podtrzymuje głowę obiedwiema rękami i unika wszelkich ruchów, robi pod siebie i jest drażliwą. 16/11 stan ten sam, wieczorem o godzinie 7éj nagle wymioty obfite płynem zielonawym. 17/11 o godzinie 6éj rano wśród wzmagającéj się duszności chora zakończyła życie.

Sekcyja wykonana 18 listopada wykazała: *Nephritis parenchymatosa chronica c. degeneratione amyloidea; degeneratio hepatis amyloidea, lienis incipiens, sbs. hydrope universali (hydrothorax praecipue sinister cum compressione totius fere pulmonis sinistri). Degeneratio glandularum bronchialium caseosa. Leptomeningitis fibrino-purulenta convexitatis et basis cerebri. Abscessus multiplic. femoris sinistri. Caries infirmarum vertebrarum thoracic. sbs. kyphosi majoris gradus et pachymeningitide spinali chronica.*

3. Wacław Mszyk, chłopiec 8-letni, przyjęty 8 sierpnia 1881. Źle odżywiony, czaszka symetryczna, obwód głowy 49cm., wymiar prosty 16¾, poprzeczny 13½, przy obwodzie klatki piersiowéj 53cm., a długość ciała 83cm. Kręgosłup w środkowych i dolnych kręgach piersiowych mocno pod kątem zgarbiony ku tyłowi, po stronie lewéj w pobliżu wyrostków kolczystych 9go i 10go kręgu nieregularne wrzody przetokowate, z których za uciśnięciem wydobywa się ropa w znacznéj ilości. Garb za uciśnięciem bolesny, podobnie przy wszelkich usiłowaniach dźwignięcia się, lub przy podnoszeniu. Odnoga dolna lewa zgięta w stawie kolanowym pod kątem prostym, staw ten prawie nieruchomy. Ruchy odnóg górnych i odnogi dolnéj prawéj wolne, czucie prawidłowe. Znaczne wysadzenie mostka. Gruczoły karkowe obrzękłe, twarde, wypuk daje ponad obydwoma szczytami płuc z tyłu odgłos stłumiony, oddech chuchający, miejscami wyraźnie oskrzelowy. Tony serca słabe. Brzuch duży, śledziona niemacalna, w moczu ślad białka dobrze spostrzegalny. Wypływ ropiasty z ucha lewego. Inteligencyja dość znaczna.

W ciągu pobytu chorego w szpitalu zauważono nieregularnie występującą i mijającą gorączkę zwłaszcza wieczorem i stale utrzymujące się rozwolnienie. 27/8 (to jest w 20 dni po przyjęciu) brak apetytu, śpiączka, ból głowy, osłabienie znaczne. 28/8 śpiączka, czasem zgrzytnięcie zębami, niespokój. 29/8 wymioty nagłe prawie czystą wodą, nieprzytomność, zapad, o godzinie 6éj wieczór śmierć.

Sekcyja wykonana 30 sierpnia wykazała: *Caries et necrosis scrophulosa vertebrarum dorsalium inferiorum et lumbalium superiorum. Kyphosis angularis columnae vertebralis. Leptomeningitis spinalis chronica et leptomeningitis cerebralis universalis fibrino purulenta recens. Haemorrhagia intermeningealis insignis recens ad basim et ventriculos cerebri et circa faciem anteriorem totius medullae spinalis. Peribronchitis tuberculosa (caseosa), bronchitis diffusa, atelectasis disseminata, emphysema et oedema pulmonis utriusque et degeneratio caseosa glandul. bronchialium. Pericarditis fibrosa et degeneratio adiposa cordis et hepatis. Nephritis parenchymatosa subacuta. Enterocatarrhus chronicus et hyperplasia glandul. mesaraicar. Tumor lienis chronicus. Contractura genus sinistr. Marasmus universalis.* Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy: Czaszka wielka, kości cienkie symetrycznie ułożone, opona twarda blada, gładka, ściśle z kośćmi czaszki zrośnięta. Na całéj górnéj powierzchni półkul mózgowych, jak również na podstawie mózgu zwłaszcza w dołach Sylwiusza opony miękkie zmętniałe i przesiąkłe wypociną szarą lub zielonkowato-żółtą, nagromadzoną przeważnie w rowkach między zwojami. Nadto pomiędzy temi oponami około odnóg mózgu na całéj dolnéj powierzchni mostu Varola, dolnéj powierzchni móżdżku i rdzenia przedłużonego gruba warstwa miejscami ¾ cm. wynosząca świeżych skrzepów krwi, ciemnoczerwonych. Zwoje mózgu na powierzchni półkul spłaszczone, rowki wy-

równane, istota korowa i rdzeniowa oprócz bardzo znacznéj niedokrewności i znacznie zmniejszonéj spójności nie przedstawia innych widocznych zmian. Cała komórka czwarta mózgu, przewód Sylwiusza, po części także komórka 3cia i komórki boczne wypełnione jednolitemi ciemnoczerwonemi miękkiemi skrzepami krwi, które wyjęte z łatwością stanowią jakby odlewy plastyczne tych jam znacznie rozszerzonych. Na powierzchni skrzepów tych wykazać się daje cienka warstwa wypociny świeżéj włóknikowéj z ścian komórek pochodzącéj. Wyściółka komórek zmętniała, jednostajnie rdzawo czerwono zabarwiona od napojenia barwikiem krwi wynaczynionéj, przytém pokryta cienką warstwą wypociny świeżéj włóknikowo ropnéj, gdzieniegdzie także okazująca drobne wynaczynionki świeże. Istota nerwowa móżdżku i rdzenia przedłużonego nie przedstawia widocznych zmian. Opona twarda rdzenia w dolnéj części odpowiednio do sąsiedztwa sprawy nekrotycznéj w kręgach piersiowych i lędźwiowych zgrubiała, po lewéj stronie w miejscu ograniczoném okazuje małe ognisko serowate zostające w bezpośrednim związku z resztą takiego ogniska w nekrotyzującym trzonie 11go kręgu piersiowego, do około tego miejsca zrośnięta ściśle z okostną kanału kręgowego, w okolicy szyjnéj szczelinowato rozdarta przez skrzep krwi z pod opon miękkich rdzenia się wydobywający. Wzdłuż całéj przedniéj powierzchni rdzenia pod oponami miękkiemi gruby pokład świeżych skrzepów krwi. Opony miękkie w części dolnéj rdzenia znacznie zgrubiałe i twarde, czerwone. Rdzeń kręgowy nie przedstawia zmian makroskopowych.

Wiadomém jest wprawdzie, iż zapalenie opon mózgowych towarzyszące chorobom ogólnym, zakaźnym albo téż i zapaleniu płuc, przebiega częstokroć zupełnie niespostrzeżenie; opisane są także przypadki, w których rozwój choroby był znaczny, jak to sekcyja wykazała późniéj, a przypady trwały zaledwie godzin kilka. W pierwszym rzędzie albo zauważono kilka objawów, jak np. wymioty, bredzenie, śpiączkę, zgrzytanie zębami itp., które należało odnieść do choroby pierwotnéj i głównéj, jak płonicy, duru, ospy itd., albo nawet takich objawów nie zauważono a natenczas przypuszczać należy, iż istota mózgowa pozostająca pod wpływem zaburzeń w krążeniu i odżywianiu wywołanych intoksykacyją chorobową i wysoką ciepłotą, nie zachowuje się pod względem dalszych bodźców tak jak istota mózgowa w stosunkach prawidłowych. W drugim razie przypuścić musimy, że albo w danym przypadku istniały poprzednio jakieś zmiany w organizmie, ułatwiające tak szybkie rozwinięcie się choroby, podobnie jak to i w innych chorobach zapalnych ma miejsce, albo że w danym przypadku wystąpiły objawy zapalenia opon dopiero wtenczas, gdy zmiany wywołane chorobą doszły do pewnego stopnia. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Tarnowsky (w Petersburgu): **Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forensisch-psychiatrische Studie**. Berlin 1886.

Prof. Dr. Krafft-Ebing (w Gracu): **Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie**. Stuttgart 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Pomijając części: psychologiczną i fizyologiczną, jako zestawiające szczegóły wprawdzie ciekawe ale znane, przechodzimy do części patologicznej, jako najbardziej zajmującéj. Wszystkie zboczenia płciowe Krafft-Ebing odnosi albo do nerwic albo do psychoz. Nerwice te dzieli: na obwodowe, rdzeniowe i mózgowe; pierwsze znów na czulne (*anaesthesia, hyperaesthesia neuralgia*), wydzielnicze (*aspermia, polyspermia*) i ruchowe, kurczowe, *pollutio* i porażenne (*spermatorrhöe*); drugie na cierpienia ośrodka wzwodowego (*priapismus*, osłabienie, porażenie) i cierpienia ośrodka wytryskowego; w ostatnich odróżnia: 1) pojawienie się popędu płciowego po za okresem fizyjologicznym, *paradoxia* (w wieku dziecięcym i schyłkowym), 2) brak popędu płciowego (*anaesthesia sexualis*) wrodzony i nabyty, 3) podniecenie chorobowe popędu (*hyperaesthesia*); 4) przewrotność popędu (*paraesthesia*). Zboczenie to ostatnie, które nas najwięcej interesuje, dzieli autor na dwie kategoryje, w miarę czy istnieje skłonność wprawdzie przewrotna, ale do płci drugiéj, lub czy występuje skłonność przewrotna do płci téj saméj. Podział ten uważamy za bardzo trafny, ponieważ w wysokim stopniu ułatwia nam nie tylko pogląd, ale nawet zrozumienie owych licznych dziwnych zjawisk, z któremi się spotykamy od czasu do czasu.

W kategoryi pierwszéj znane są następujące odcienia: 1) Lubieżność łączy się z okrucieństwem; począwszy od całowania połączonego z kąsaniem, biczowaniem, ranieniem, okaleczeniem aż do morderstwa, mamy tu znów liczne odcienia a dziwnym, niepojętym sposobem uczucie przyjemności wzmaga się w obec wyobrażenia o cierpieniu fizycznem ofiary. Jako przykład odstraszający przytacza autor marszałka francuskiego Gilles de Rays, który stracony został w r. 1440 za shańbienie i zamordowanie 800 dzieci, a przyznał on, że historyja Suetoniusza o wybrykach cezarów rzymskich naprowadziła go na myśl, aby dzieci wabić do zamku swego i mordować je po zaspokojeniu chuci. Podobne, mniéj straszne przypadki, zdarzają się i w naszych czasach.

2) Lubieżność łączy się z zachceniem spożywania mięsa ofiary zamordowanéj.

3) Lubieżność ogranicza się czasem do samych czynności przewrotnych, okrutnych, bez spółkowania, jeżeli sprawcy są niedołężni pod względem płciowym; miewają oni uczucia lubieżne przypatrując się zarzynaniu zwierząt i gmerając w ciepłych jeszcze trzewach; tak tłumaczy się dziwne postępowanie owego „Händlmann", który w procesie wiedeńskim Steiner-Baloghówny odgrywał rolę, a który przed przystępowaniem do spółkowania słabą swą zdolność podniecał męczeniem kurcząt, gołębi itd. Tu należą przypadki, w których przychodzi u mężczyzn do wytryskiwania nasienia po duszeniu lub zarzynaniu kurcząt lub gołębi, oraz smutniejszy jeszcze a głośny przypadek Verzeniego, który zamiast ptaków dusił kobiety i bezcześcił ich zwłoki, doznając przytém nierównie większéj przyjemności płciowéj aniżeli wśród samogwałtu.

4) Jako równoważniki, oczywiście w wysokim stopniu przewrotne, w aktach spółkowania zdarzają się czynności dziwaczne następujące:

a) Kaleczenie dziewcząt narzędziami kłującemi lub tnącemi (*Mädchenstecher, Mädchenschneider*).

b) O wiele niewinniejsze delektowanie się trzewikami kobiecemi lub nawet ćwiekami, na widok których chory doznaje uczucia lubieżnego.

c) Wystąpienie uczuć lubieżnych na widok czepków nocnych, bielizny kobiecéj, a tém bardziéj obnażonéj części ciała, a co dziwniejsza jeszcze w skutek zetknięcia się z futrem itd.

5) Zaspokajanie chuci przez obnażenie części płciowych w obec kobiet (t. zw. *Exhibitionistes*).

6) Zaspokajanie chuci na posągach, wreszcie

7) T. zw. nekrofilija, czyli zaspokajanie chuci przez spółkowanie z trupami; tu należy głośny w swoim czasie przypadek sierżanta Bertranda w Paryżu.

W drugiéj kategoryi objawiającéj się przez pociąg przewrotny do osób téj saméj płci, odróżnia autor dwa odcienia: przewrotności wrodzonéj i, idąc w ślad za Tarnowskim, nabytéj. O odcieniu ostatniém nie wspominamy, bo o niém była już mowa przy wzmiance o rozprawie Tarnowskiego; o pierwszém rozprawia autor obszernie, bo téż ono jest o wiele ważniejszém. Antropologicznie rozróżnia trzy stopnie rozwoju: 1) przewrotność popędu, 2) usposobienie psychiczne odpowiada przewrotności i 3) postać cielesna zbliża się do postaci, któréj przewrotność płciowa odpowiada. Autor podawszy historyję tego zjawiska od Caspra począwszy aż do Westphala i zestawiwszy wszystkie przypadki dotąd (aż do r. 1885) spostrzegane, uważa je za objaw zwyrodnienia, za czém przemawiają następujące okoliczności: 1) życie płciowe takich osób odzywa się przedwcześnie; 2) charakter ich zależny jest od poczucia przewrotnego, nie zaś od anatomicznéj cechy przyrządu płciowego; 3) zdarzają się i inne objawy anatomiczne zwyrodnienia; 4) często wykazać u tych osób można jakąś nerwicę lub 5) psychozę (tępota umysłu, obłąkanie moralne) i 6) prawie zawsze wykazać można obciążenie dziedziczne. Zestawiwszy wyczerpujący obraz zachowania się takich osób pod względem płciowym, towarzyskim itd. autor nie zgadza się z Tarnowskim, jakoby wrodzona przewrotność mogłaby ustąpić w skutek odpowiedniego wychowania; przyznaje atoli, że wychowanie może tyle zdziałać, że chory zwalcza popęd swój do samcołoztwa a przynajmniéj usiłuje zachować się zgodnie z przepisami prawodawstwa i zapatrywaniami społeczeństwa.

Jeżeli podział przeprowadzony przez Krafft-Ebinga na 2 główne kategoryje: przewrotności płciowéj w miarę czy popęd skierowany jest ku osobie płci drugiéj lub téj saméj uznaliśmy za bardzo trafny, to żałujemy tylko, że nazwy przez niego obrane dla tych dwóch głównych kategoryj: *Perversion des Geschlechtstriebs* i *Contraere Sexualempfindung* niedają się należycie przetłumaczyć na język polski, bo właściwie oznaczają jedno i to samo; stósowniéj będzie, jeżeli mówić będziemy o przewrotności popędu płciowego, skierowanego ku osobom płci drugiéj lub téj saméj.

Następnie autor wylicza zboczenia i choroby umysłowe, w których przewrotność się zdarza. Zacząwszy od stanów tępoty umysłowéj wrodzonéj lub nabytéj (idyjotyzmu, niedołęztwa końcowego, po udarze, urazie i kile, niedołęztwa porażennego), przechodzi do zboczenia umysłowego wskutek padaczki, obłąkania okresowego, manii, zadumy, macinnictwa i kończy na pomieszaniu pierwotném. Uderza nas brak w tym poczcie obłąkania moralnego, w którém przewrotność płciowa zawsze się zdarza, a na co począwszy od Westphala wszyscy psychijatrzy i sam autor w pracach dawniejszych a nawet nawiasem i w niniejszéj uwagę zwracają. Ponieważ Krafft-Ebing nie należy do nielicznego obozu (Meynert, Neumann), którzy obłąkania moralnego nie przypuszczają, przeciwnie w innych swych dziełach bardzo szczegółowo o niém traktuje, więc pominięcie to tém bardziéj dziwić musi. Pomija je także milczeniem Tarnowsky, ale do niego, jako syfilidologa, pretensyi mieć nie możemy.

Ostatni rozdział, traktujący o chorobowém życiu płciowém ze stanowiska karnosądowego, jest najsłabszym ze wszystkich, ale téż jest zbytecznym, ponieważ przedstawia tylko systematyczne zestawienie tego, co w dziełku już poprzednio zostało powiedzianém.

Wielką zasługą autora jest, że wszędzie podaje najdokładniejszą literaturę oraz opis poszczególnych zboczeń urozmaica kazuistyką nietylko własną, ale wziętą z literatury francuzkiéj, włoskiéj i angielskiéj, przez co dostarcza czytelnikowi prawdziwéj monografii przedmiotu i czyni zbyteczném szukanie po rozmaitych dziełach i czasopismach, nie każdemu przystępnych. *L. Blumenstok.*

Prof. Dr. Stiller: **Kalomel w chorobach sercowych.**

Prof. S. w ostatnich latach robił doświadczenia nad rozmaitemi środkami, któreby mogły zastąpić naparstnicę i do smutnych doszedł rezultatów. W 21 przypadkach chorób serca stosował *Convallaria majalis* i ani razu nie widział po niéj skutku, o czém już raz pisał w *Wien. Med. Wochschr.* 1882 r. Nr. 44—46. Toż samo może powiedzieć o *Adonis vernalis*, który podawał w 15 przypadkach wad sercowych i oprócz nieznacznego powiększenia wydzielania moczu żadnéj zmiany ani w objawach zastoinowych, ani w tętnie, ani téż wreszcie w podmiotowém uczuciu chorego nie dostrzegł. Próbował także soli kofeinowych, lecz i te oprócz miernego zwiększenia ilości moczu nie wywarły żadnego wpływu na czynność serca. Prof. S. zachęcony doświadczeniami nad kalomelem Dra Jendrassika (*Pester Med. Presse* 1885 r. Nr. 51—52) sam podjął ścisłe próby z tym środkiem i doszedł do bardzo dodatnich wyników. W klinice prof. Wagnera zrobiono spostrzeżenia nad 7 przypadkami, a prof. S. z własnéj obserwacyi ma 14 przypadków. Podawano kalomelu po 0·20—0·25, 3—4 razy dziennie i za każdym razem następowało znaczne zwiększenie się ilości moczu.

U jednego chorego z niedomykalnością zastawki dwudzielnéj w okresie niekompensacyi ilość dzienna moczu była 900, a po podaniu kalomelu zwiększyła się do 1900, a następnie wahała się między 1100—3200; przyczém obrzęki zmniejszyły się, a chory czuł się znacznie lepiéj. W innych przypadkach prof. S. zauważył takież same działanie kalomelu, śród podawania którego ilość moczu nieraz się podwajała. W jednym przypadku obserwowanym przez S. chory miewał dziennie po 400—600 grm. moczu a po 3 dniowém zastósowaniu kalomelu ilość moczu wynosiła 3000, 4000 i raz nawet 5100, przyczém dotychczasowe opuchliny ustąpiły, a chory czuł się bardzo dobrze.

Na podstawie tych spostrzeżeń prof. S. zaleca kalomel we wszystkich opuchlinach, powstałych w skutek wad serca, dodając przytém, że na opuchliny w chorobie *Brighta* lub marskości wątroby tak skutecznie nie działa. Na szybkość, siłę i rytm tętna nie ma kalomel żadnego wpływu, ale jako środek moczopędny działa nawet lepiéj niż naparstnica. Skutek po kalomelu zwykle występuje na 3—4 dzień i wtedy należy wstrzymać się z dalszém podawaniem, aż do czasu kiedy znowu ilość wydzielanego moczu się zmniejszy. Przy znaczniejszém rozwolnieniu trzeba podawać wraz z kalomelem makowiec w małych dawkach, a makowiec działania kalomelu nie znosi. Kalomel nie może usunąć naparstnicy we wszystkich chorobach serca, ale możemy stosować go wtedy, kiedy się obawiamy dalszego działania naparstnicy i w tych przypadkach nigdy nie zawodzi. (*Wien. Med. Wochenschr.* 1886 Nr. 28). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. H. Nothnagel: **O przyczynach, umiejscowieniu i leczeniu pląsawicy.**

Oddawna utrwaliło się przekonanie, że w pląsawicy najczęściéj zajętém bywa serce. Tymczasem autor dowodzi, że związku pomiędzy pląsawicą a zapaleniem osierdzia nie ma, a z ostatnich spostrzeżeń w tym kierunku czynionych mamy daty statystyczne z kliniki w Bonn, potwierdzające to zapatrywanie. Co się zaś tyczy związku między ostrym gośccem stawowym a pląsawicą, N. nieraz sam obserwował, że w przebiegu ostrego gośćca stawowego występowała pląsawica (o czém i Brieger w *Berl. klin. Woch.* Nr. 10 podaje), w jaki zaś sposób zachodzi ten związek, tego jak na teraz nie można wytłumaczyć. Pląsawicę uważa N. jako zaburzenie czynnościowe systemu nerwowego, bo żadnych anatomicznych zmian nigdzie znaleźć nie możemy Prawdopodobnie istnieją jakieś zmiany w komórkach zwojowych, których jednak wyśledzić nie możemy. Najczęstszą przyczyną wywołującą pląsawicę jest przestrach lub inne jakieś silne wrażenie psychiczne, osoby jednak takie mają już pewną nabytą lub dziedziczną skłonność do chorób nerwowych.

Z przyczyn ogólnych nadmienia autor nieodpowiednie wychowanie, niehigijeniczne życie i obciążanie pracą umysłową. — Jako osobną formę uważa pląsawicę u ciężarnych i położnic i pląsawicę u osób z połowiczém porażeniem, u których rozwija się ona właśnie na odnogach porażonych (*Hemichorea s. Chorea posthemiplegica*). Autorowie angielscy podają jako przyczynę pląsawicy włosowate zatory w wzgórkach prążkowanych, jądrze ogoniastém i jądrze soczewicowatém, temu jednak stanowczo sprzeciwia się prof. N. i twierdzi, że prawdopodobnie w wzgórku wzrokowym znajduje się właściwe źródło pląsawicy; udowodnioném to jednak nie zostało. Najwięcéj badaczy skłania się do zdania, że pląsawica jest zaburzeniem czynnościowém całego układu nerwowego, należy więc do tak zwanych nerwic ogólnych. Leczenie pląsawicy nie powinno się zaczynać od podania chorym bromku sodu lub potasu, ponieważ leczenie takie najczęściéj nie osiąga żadnego skutku. Jako leczenie najodpowiedniejsze poczytuje N. następujące: zachowanie się odpowiednie chorego, a zatém spokój umysłowy i fizyczny, unikanie szkodliwych wrażeń psychicznych, życie higijeniczne, nieużywanie herbaty kawy, czekolady i napojów wyskokowych. Ze środków lekarskich podać należy choremu: *Sol. arsen. Fowleri 5·0 Aq. destill. 15·0*, z czego dzieciom dawać 4 krople 3 razy dziennie po jedzeniu, starszym zaś nawet większą ilość podać można. Po 5 dniach dajemy o kroplę więcéj i tak co 5 dni o jednę kroplę więcéj, aż dojdziemy do 12 kropli, wtedy powoli zmniejsza się dawkę. Obok tego lekka kuracyja wodna w postaci zawijania chorych w mokre prześcieradła o 22°—20° raz lub dwa razy na dzień przez 3 do 15 minut, potém następuje wycieranie całego ciała mokrym ręcznikiem, a następnie suchym. Oprócz tego stosuje się prąd stały na głowę i na stos pacierzowy z kilku tylko zaledwie stosów i to nie dłużéj nad $^1/_2$ do 1 minuty, powoli prąd osłabiając. U dzieci zacząć można od 4 stosów. Przy takiém postępowaniu najczęściéj udaje się pląsawicę, nawet w ciężkich przypadkach, wyleczyć, gdyby to jednak nie nastąpiło, można podawać bromek potasu, propylamin i inne środki ze skutkiem bardzo wątpliwym. Oprócz tego zaleca N. symptomatyczne leczenie, a w ciężkich bardzo przypadkach radzi uciec się do wodnika chloralu lub chloroformu. (*Allg. Wien. Med. Zeit.* 1886, Nr. 8 i 9).

Dr. J. Surzycki.

Dr. A. Cahn (z kliniki prof. Kussmaula): **O wrzodach na podniebieniu w durze brzusznym.**

Przed 40 laty opisał je pierwszy Nonat (*Revue médicale* 1843) i głównie lekarzom francuzkim zawdzięczamy obserwacyje odnośne a mianowicie Bouveret, Duguet, Derignac i Rappin opisali podobne zmiany na podniebieniu, a ten ostatni podaje, że w bardzo rzadkich przypadkach wrzody takie mogą stanowić jedyną lokalizacyję duru brzusznego. W klinice prof. Kussmaula obserwowano w 1884 r. jeden podobny przypadek, a prof. Wagner podaje takich przypadków trzy. Pierwszy przypadek obserwowany przez Dra Schotta dotyczy 43 l. piekarza pochodzącego z rodziny suchotniczéj, który zachorował wśród dreszczyków, kaszlu, plwocin śluzoropnych, chrypki, miernéj duszności i bólu w piersiach. 13 dnia choroby zostaje przyjęty do kliniki czyniąc wrażenie ciężko chorego. Znaleziono mierną gorączkę, znaczną bladość, obrzęk śledziony i lekkie przytłumienie w lewéj górnéj połowie klatki piersiowéj. Na przednim łuku podniebiennym prawie obok przejścia w podniebienie twarde widać 2 symetryczne ostrocięte, wielkości półcenta, bladoszare, płytkie wrzody. Wysypki durowéj na ciele brak, bębnicy nie ma, przytomność utrzymana. Poszukiwanie prątków gruźliczych dało wynik ujemny. Przez 8 dni następnych trwa mierna gorączka z torem przewrotnym. Z końcem tego tygodnia wrzody zaczynają zabliźniać się i powoli zupełnie goją się. Chory zdaje się przychodzić do zdrowia, kiedy nagle umiera z zapalenia otrzewny w skutek pęknięcia jelita. Oględziny pośmiertne wykazały w jelitach świeży, 8—10 dni trwający naciek rdzeniowy w gruczołach Peyera, wrzód pęknięty w jelicie cienkim a po dawnych wrzodach na podniebieniu ani śladu nie pozostało. W innym przypadku podobne wrzody pojawiły się 7 dnia choroby równocześnie z wysypką durową, przez 2 dni trwały a po 5 zupełnie się zagoiły. W 2 innych przypadkach pokazały się także w drugim tygodniu duru, trwały 3—5 dni i zniknęły bez śladu. Jeszcze jeden przypadek przytacza autor ze względu na przebieg tych wrzodów dość ciekawy. 19 letni blacharz dostaje duru brzusznego i 10 dnia zostaje przyjęty do kliniki. Wysypki jeszcze nie było, aczkolwiek dur był bardzo ciężki, a na podniebieniu miękkiém po lewéj stronie znaleziono już wrzodzik, który następnego dnia zniknął, ale za to po drugiéj stronie wieczorem tegoż dnia pokazały się 2 wrzodziki z dnem mocno zaczerwienioném a brzegiem szarym. 12 dnia choroby znajduje się już wysypka durowa, a równocześnie te dwa małe wrzodziki zamieniły się w znacznie większe obok jeszcze dwóch mniejszych. Pierwsze wrzodziki zagoiły się 18 dnia choroby, a późniejsze trwały do końca 3 tygodnia. Na podstawie tych kilku obserwacyj własnych i autorów francuzkich autor twierdzi, że sąto niewątpliwe wrzody durowe, analogiczne do tych, które znajdujemy w jelitach, na co téż i inni autorowie zgadzają się. Nie sąto wrzody odleżynowe, bo zjawiają się w samym początku choroby, kiedy w ogóle odleżyn żadnych nie ma i są w miejscu takiém, które wcale uciskowi nie ulega. Wrzody te na pierwszy rzut oka są podobne do wyprysku z pękniętym pęcherzykiem; są one płytkie, ostro cięte okrągławe, prędko się zabliźniające, najczęściéj pojawiają się równocześnie z wysypką durową i najpóźniéj w 3 tygodniu znikają. Obecność takich wrzodów ułatwia nam w wątpliwych przypadkach rozpoznanie duru brzusznego, na przebieg jednak i rokowanie wpływu one nie mają. (*Berlin. klin. Wochensch.* 1886 Nr. 14).

Dr. J. Surzycki.

Mayerhofer: **O działaniu talinu jako leku przeciwgorączkowego.**

Autor, opierając się na doświadczeniu nabytém wśród znacznéj epidemii duru brzusznego, w któréj posługiwał się środkiem tym w trzech jego postaciach (siarkan, garbnikan i winian pot. talinu), uważa talin za najdzielniejszy środek przeciwgorączkowy. Przetwór ten podawał według przepisu prof. Ehrlicha (*Berl. klin. Wochenschrift* 1885 Nr. 51) w dawkach 0·2, kilka razy dziennie dochodząc do całodziennéj dawki 1·00—1·60—2·00. Obniżanie ciepłoty ma występować wkrótce i ma być znaczne. Wkrótce po użyciu występowały poty prawie u wszystkich chorych, poczém stan ich ogólny miał się poprawiać znacznie a i objawy ze strony przewodu pokarmowego pochodzące znacznie zmniejszać się miały. Mocz przybiera częstokroć po użyciu tego przetworu barwę oliwkowo-zieloną. Przy ponownem podnoszeniu się ciepłoty pojawiały się niekiedy dreszczyki, zapadu nigdy autor nie obserwował. O podawaniu i zachowaniu się talinu w innych chorobach gorączkowych, z wyjątkiem jednego przypadku zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, autor nie wspomina. (*Münch. Med. Wochenschrift* 1886 Nr. 25. *Dr. Rosenbusch.*

Charasse: **Neuroma multiplex.**

Kobieta 30 letnia dotknięta obrzękiem gruczołów szyjnych zresztą zdrowa, poddała się operacyi wycięcia tych gruczołów po bezskutecznych zabiegach leczniczych. Przy wycięciu okazało się, że guz był w ścisłym związku z włóknami splotu barkowego a podczas zabiegu przedarto szypułkę, będącą w związku z rdzeniem pacierzowym. 7 dnia po operacyi wystąpiło zap. opon rdzeniowych. Przy sekcyi stwierdzono nerwiaki w całém ciele. Obrzęki te były po większéj części kształtu wrzecionowatego, twarde, pół przeświecające na przekroju a pod mikroskopem okazały się jako włókniaki. Nerwy: przeponowy, błędny i współczulny były chorobowo zmienione. Wycięty guz był w związku z 6 nerwem szyjnym, którego pień tworzył szypułkę. Mikroskopowo można było stwierdzić jądra różnego kształtu, ale rozwój tkanki łącznéj był dosyć skąpy. Dotychczas ogłoszono dopiero 41 podobnych przypadków. (*The Lancet* 12/6 1886). *Dr. Bar*ą*cz.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 2 czerwca 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 19.

1) Przewodniczący oznajmił o zbliżającym się jubileuszu prof. Dra Baranowskiego w Warszawie. Zebrani oceniając znakomite nauczycielskie i obywatelskie zasługi jubilata, jednogłośnie uchwalili przesłać telegram z życzeniami od Towarzystwa.

2) Kol. Rydel przedstawił starca, obserwowanego od dni 4, u którego uderza opadnięcie powieki górnéj prawéj. Podniósłszy takową widzi się oko zepchnięte ku dołowi i wewnątrz przez obrzęk płaski twardy, guzkowaty, $^3/_4$ zewnętrznéj części powieki zajmujący, od dołu zupełnie ostro odgraniczony a podchodzący pod górny brzeg oczodołu, gdzie ginie nie dając się odgraniczyć. Badając bliżéj czujemy, że powierzchnia tego guza jest jakby z drobnych zrazików złożona, a nadto widzimy, iż część zewn. górnego załamka jest również zepchniętą ku dołowi, naczynia zaś spojówkowe porozdymane. Podobny guz i o takichże własnościach, znacznie jednak mniejszy, znajduje się na odpowiedniém miejscu oka drugiego; w okolicy zaś gruczołu przyusznego lewego guz wielkości pięści charakterem swym zewnętrznym bardzo do poprzednich zbliżony. Uwzględniwszy usadowienia powyższych guzów powiekowych, należy przypuścić, iż punktem ich wyjścia jest z wszelkiém prawdopodobieństwem gruczoł łzowy. *Dacryoadenitis acuta et chr.* obok nowotworów i cysty retencyjnéj są tu znanemi zboczeniami chorobowemi, jednak bardzo rzadkiemi. Schmidt wprawdzie uważał zapalenie w ogóle tego gruczołu za częste, późniejsze jednak badania wykazały mylność podobnego twierdzenia. Przeciwko zapaleniu ostremu przemawia dotychczasowy przebieg cierpienia (na prawém oku od 4, na lewém od miesiąca), rozpoznanie zatém może się wahać jedynie między zapaleniem gruczołu chroniczném a nowotworem. Z własnéj praktyki prywatnéj kol. Rydel przypomina sobie przypadek u młodego człowieka przed kilku laty obserwowany, gdzie również śród lekkich objawów zapalnych rozwinęły się podobne guzki a przeszedłszy w stan chroniczny nie dosięgły znaczniejszych rozmiarów, ustępując po 4 tygodniach trwania pod wpływem szaruchy. W niniejszym przypadku trudném jest stanowcze oznaczenie cierpienia, tém bardziéj, iż za nowotworem zdaje się przemawiać spółczesne zajęcie ślinianki przyusznéj. Przypadek taki jest znany w literaturze. Pod względem anatomopatologicznym najrozmaitsze nowotwory spotykano w gruczole łzowym, od czasu jednak badań Beckera, tj. 1867 r., i dwóch przypadków z kliniki Langenbecka, nowotwory te przeważnie do adenomów zaliczyć należy. Co do leczenia, to jeżeli zawiodą podobne środki jak *tra jodi, unguent. cinereum,* pozostaje wyłuszczenie guza i to albo cięciem przez skórę, albo przez spojówkę powiekową.

W dyskusyi zabierał głos kol. Obaliński.

3) Kol. Jan Rosner wyłożył „przypadek wyleczenia torbiela jajnikowego po nakłuciu; drugi po dobrowolném pęknięciu.“ (Rzecz ta była ogłoszoną w Przegl. Lek.).

W dyskusyi brali udział koll. Madurowicz i Mars.

Dr. Dobruchowski.

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Na koszulę wkłada się zwykle parę perkalowych kamizelek, wąskich i zapinanych na rząd małych guziczków. Na kamizelki wciąga się rodzaj perkalowego chałata, a u zamożniejszych zwykle jedwabnego (Ałchałyk), z wycięciem na przodzie klatki piersiowéj, z rękawami wąskiemi i spiętemi przy osadzie ręki na parę metalowych guziczków. Szata podobna, opatrzona w liczne kieszenie i okręcona pasem, jest zwykłą schowanką na wszystko, co Pers nosi z sobą cenniejszego. Płaszcz wreszcie długi i przestronny (Aba) uzupełniając zwykły strój jest niezbędnem okryciem, którego tutejszy mieszkaniec nigdy się nie pozbywa. W nim wychodzi na ulicę, przesiaduje w domu, w nim modli się i sypia, słowem bez podobnego płaszcza Pers nie byłby w swym żywiole. Jednakże bardziéj dystyngowani wdziewają surdut (Kaba), krojem podobny do *setre* tureckiéj, z tą jedynie różnicą, że w pasie bywa ułożony w liczne bardzo fałdy. Mieszkańcy zaś prowincyj północnych, prócz już wyżéj zacytowanych części zwykłego ubrania, używają jeszcze tak zwanych Koledże lub Serdary, strojnych w guzy i szamerowania i mało się różniące od naszych czamar. Kożuch wreszcie barani (Kiurk), wyrobu z Khorozanu, jest częścią dodatnią stroju i bywa używany tylko w domu, gdy grzejąc nogi przy ognisku, ma się grzbiet wystawiony na działanie prądu powietrza dochodzącego z nieustannie otwartych drzwi i okien.

Kostyjum zaś ludowy wyróżnia się tylko mniejszą ilością części go składających i okryciem głowy nie już sukiennym lub futrzanym (Kiulach), lecz tylko filcową czapeczką (Nemed) białą lub koloru bronzowego, okręcaną zwykle półjedwabną chusteczką (Kelagy). Duchowni zaś, do jakiéjby nie należeli kasty, jeżeli tylko nie wyprowadzają swego pochodzenia od proroka, noszą bezwarunkowo parę szat długich i przestronnych (Dżubbe) z perkalu lub sukna i okrywają

głowę tak zwanym Ammame, czyli turbanem z kilkunastu zwykle łokci płótna, do którego odpowiedniego ułożenia istnieje tu wyłączna klasa znawców. Im téż podobny zawój jest wyższy i ułożony z większą fantazyją, im cięższym bywa dla noszącego, tém jego powaga i znaczenie hierarchiczne mają większą wartość. Ze wszystkich jednak części ustroju wymagających okrycia noga jest najbardziéj zaniedbaną. Obuwie bowiem tutejszych mieszkańców składa się wyłącznie z czerwonych zamszowych sandałów (jemeny) i półbucików, właściwie łapci (baszmak), używanych przez bardziéj dystyngowaną klasę. Potrzeba częstego ich zdejmowania i wdziewania zmusza, aby były przestronne i łatwe do pozbycia się w każdéj okoliczności. Bez różnicy téż pory roku nosi się je bez szkarpetek, używanych li tylko w razie pozostawania w domu. Jeździec jednakże kurdzki nie zadawala się lekkiém okryciem nogi. Jego „Czyzme“, pomimo, że także są sklejone z czerwonego lub żółtego safianu, są przecie opatrzone w rodzaj cholew i ogromne podkówki, co wszystko przy całéj swéj niezgrabności, lepiéj jednak od „jemeny“ okrywa i zabezpiecza nogę. W prowincyjach zaś, gdzie warunki klimatu najmniéj tego wymagają, gdzie noga mogłaby pozostać nieokrytą dla łatwiejszego przewiewu skórnego, tam właśnie wyroby szewskie doszły do pewnéj doskonałości. Tak zwane Gavi wyrabiane w Ispahanie i Szyrasie sąto półbuciki z grubéj bawełnianéj tkaniny, wyłącznie na to przygotowanéj, opatrzone w grube nabijane gwoździkami podeszwy, lub w ich zastępstwie naszyte tęgim, kręconym szpagatem; noszone przez ogół południowéj ludności nie wyłączając i gorali Lurystanu, jestto obówie dość znośne na zimę, niezmieniane zaś w czasie upałów, używane w podróży łatwo przepuszczając pył i piasek, zanieczyszczają nogę do wysokiego stopnia i stają się częstą przyczyną właściwych tu owrzodzeń skórnych.

Ostentacyjnie i poważnie przedstawia się w swym stroju perski dygnitarz. Wierny zwyczajowi nie zmienia dolnych części ubrania, które tylko okrywa rodzajem płaszcza [redacted]



do jakiéj należy jego właścicielka, bo podczas gdy prawdziwa Persyjanka poza obrębem domu okrywa się w swój Czadyr i Rubent, będące niejako wyrazem jéj socyjalnego bytu i jest więcéj podobną do mumii niż istoty żyjącéj, to przeciwnie kobieta innych plemion, wolniejsza, niezakrywana i niezamykana, odpowiadając zasadzie praktykowanéj przez cały jéj rodzaj, stroi się i zdobi w to wszystko, co barwą lub jakością tkanin zdolne jest do podniesienia jéj wdzięków. W domowym zaś stroju Persyjanki są pewne do uwydatnienia szczegóły, które ani pod względem gustu, ani téż celu, jaki zwykle naznacza się ubraniu, wcale nie odpowiadają potrzebie. I tak nie ma tu zwyczaju noszenia koszuli choćby tylko takiéj, jaką poznaliśmy w stroju męskim. Zastępuje ją rodzaj tuniki z płótna modrego zwykle koloru lub kwiecistego perkalu, przestronnéj, bez rękawów, otwartéj z boku i spiętéj ponad ramieniem. Spięcie to bywa usuwaném, jeżeli kobieta karmi swego pierworodnego syna, w zamiarze pozostawienia odkrytą jednéj, zwykle lewéj, połowy łona. Na taką tunikę wdziewa się bezpośrednio kaftanik sukienny aksamitny lub jedwabny, okryty haftem i pozostawiający pierś zupełnie nagą i tylko przestronnością swych rękawów pozwalający ukryć odnogi górne. Jedna lub kilka spodniczek perkalowych lub sukiennych, ułożonych w liczne fałdy i dochodzących tylko do kolan zastępuje turecki chałacik. Jestto część stroju tak nieodpowiednia, tak nawet wstrętna, że uwzględniwszy nienoszenie przez Persyjanki żadnego dalszego dolnego okrycia, nie wie się prawdziwie, jaki cel może mieć nakładanie na siebie kilku tego rodzaju krótko obciętych spodniczek. I tento półstroik domowy jest jedną z przyczyn tłumaczących niezwykłą skłonność Persyjanek do pozostawania poza domem. Wtedyto bowiem wkładają się szarawary (Doliach) zwykle płócienne, lecz dość często i jedwabne najrozmaitszych kolorów i odcieni, szerokie w pasie, zwężające się ku kostkom i razem z okryciem nogi stanowiące jednę całość. Tak opatrzona kobieta zarzuca modry płócienny płaszcz (czadyr), okrywa nim szczelnie głowę i przytrzymuje go końcami rubent, dość wąskiego kawałka białego płótna spiętego w tyle głowy klamrą zaopatrzoną zawsze w jakiś świecący kolorowy kawałek szkła, a u zamożniejszych strojną w rząd pereł, turkusy i ametyst. Dla oczu pozostawia się małe wycięcie zaopatrzone w tiulowy lufcik, przez który nietylko wzrok jakiegoś natręta nic nie może dopatrzyć, ale nawet sama kobieta z trudnością tylko postępuje naprzód, znajdując wielki kłopot przejrzenia przez tego rodzaju niegustowną zasłonę. Na nogę oszytą w podobnąż co i szarawary tkaninę wdziewają się pantofelki (Kefsz) z różnokolorowego safianu, tak jednak malutkie, że tylko palcami ciągle naprężonemi dają się zaledwie utrzymać. Taką jest postać kobiety perskiéj, która swemi ruchami na ulicy, nietylko że nie interesuje ale jeszcze odstręcza od siebie. Nic więc dziwnego, że noszenie podobnego stroju, niepraktycznego w domu, obrzydliwego na ulicy, łatwo naraża perską kobietę na odczucie wpływów wilgoci, i tłumaczyć się zdaje niezwykłą częstość stanów chorobowych i znaczny stopień śmiertelności, jaki pośród nich zauważono. Pan zaś Henderunu małą tylko zwraca na to uwagę. Wydać jak najmniéj na strój swych dam, lecz mieć ofiarność i gotowość kobiecą na każde skinienie, to jego zasada, od któréj nie zdołają go odwrócić żadne, choćby najbardziéj rozsądne, przedstawienia. Nie szczędząc zaś dla siebie samego ponury Pers przepędzać zwykł długie godziny w admiracyi przesuwających się przed jego wzrokiem postaci swych kobiet. Przypatruje się téż ich ruchom, obserwuje pozycyję, i ciągnąc powolnie swój Kalgan, opija się herbatą i najczęściéj marzy tylko.

Większą wygodą pod względem stroju cieszy się kobieta plemion koczujących Kurdów, Turko-tatarów itp. Tam przeciwnie zwyczajowi Persyjanek, tak w domu jak i poza nim nic się nie szczędzi na powiększenie ilości części składających zwykły strój. Od haftowanych kolorową włóczką czapeczek i jedwabnéj chustki na głowę, aż do kwiecistych wełnianych szkarpetek niesięgających wyżéj kostek i nieściesniających nogi, każda część ustroju jest odpowiednio okrytą. Wprawdzie i tutaj nie uwzględnia się potrzeby zastosowania stroju do wymagań klimatu, bo ubiór kobiety pozostaje jednakowym w każdéj porze roku. Niemniéj jednak kobieta kurdzka pozostawiając twarz odkrytą, głowę okręca rodzajem turbanika, przyczepiając doń jeszcze właściwe okrycie, dość szerokie i długie, bo spadające na biodra, które stale noszone zabezpiecza tylną część szyi tak od zimna jak i działania promieni słonecznych. Jestto rodzaj arabskiego

Kiefie uchodzącego na południu za najodpowiedniejsze okrycie głowy.

Nie wątpię, że coraz większe wciskanie się do Persyi wyrobów europejskich, wystawa modnych stroików, oddziałać zdoła i na zmianę miejscowego kostiumu. Obawiam się jednak, ażeby nowatorstwa zachodnie nie okazały się zbyt słabemi ku zwalczeniu utrwalonych przesądów i warunków zdrowotnych, zależnych od stroju lub nieodpowiedniego jego zastosowania, i nie pozostawiły w takim stanie, w jakim je teraz znalazłem. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w czerwcu r. 1886.

Tyfus brzuszny traci od początku kwietnia br. coraz więcéj na rozszerzeniu. w czerwcu stwierdzono go w 49 gminach (w marcu w 109) u 1112 chorych, z tych wyzdrowiało 847 czyli 76·2%, umarło 53 czyli 4·8%, pozostało w leczeniu 212 chorych (z końcem maja 523). Najwięcéj był tyfus brzuszny rozszerzonym w powiecie rawskim (7 gmin), żółkiewskim i lwowskim (po 3 gminy). Największa ilość chorych zdarzyła się w jednéj gminie powiatu czortkowskiego.

Tyfus plamisty także znacznie się zmniejszył, podczas gdy w maju stwierdzono go w 44 gminach, w czerwcu tylko w 33. Z 1024 leczonych osób wyzdrowiało 819 czyli 80% (w maju tylko 60%), umarło 61 czyli 6·0% (w maju 8·2% pozostało w leczeniu z końcem miesiąca 144 chorych (z końcem maja 424) w 9 gminach. Najwięcéj był tyfus plamisty rozszerzonym w powiecie drohobyckim, gdzie w 5 gminach 358 chorych stwierdzono, zatém $^1/_3$ wszystkich chorych w kraju; daléj w powiecie rudeckim w 4ch gminach 61 chorych, w powiecie samborskim w 3 gminach 49 chorych, w powiecie brodzkim w 3 gminach 103 chorych, w powiecie buczackim w 2 gminach 118 chorych, w rzeszowskim w 2 gminach 94 chorych.

Tyfus powrotny wygasł.

Szkarlatyna znowu się nieco rozszerzyła, w 12 powiatach a w 17 gminach było 395 chorych, z tych wyzdrowiało 217 czyli 54·9%, umarło 34 czyli 8·6%, pozostało w leczeniu 144 chorych (z końcem maja 123) w 9 miejscowościach.

Dyfteryja pojawiła się sporadycznie w 3 gminach.

Odra wystąpiła z równém nasileniem w czerwcu jak w maju; w 27 powiatach a w 68 gminach stwierdzono 3480 przypadków choroby (w maju 3472). Z tych wyzdrowiało 2766 czyli 79·5%, umarło 130 czyli 3·7%, pozostało w leczeniu 584 chorych (z końcem maja 951) w 23 gminach. W powiecie mieleckim i stryjskim była odra najwięcéj rozszerzoną, lecz z końcem miesiąca w obu powiatach prawie zupełnie wygasła.

Natomiast koklusz znacznie się rozszerzył, gdyż liczba leczonych w czerwcu chorych była dwa razy tak wielką jak w maju (1237 przeciw 625). Z téj liczby wyzdrowiało 502 albo 40·6%, umarło 37 czyli 3·0%, pozostało w leczeniu 698 chorych w 16 gminach: dalszego rozszerzenia się choroby należy się przeto obawiać.

Czerwonka, która dotychczas tylko sporadycznie pojawiała się w tym roku, w czerwcu poczęła nagminnie występować.

Ospa znacznie utraciła na rozszerzeniu; w 18 powiatach w 58 gminach leczono 571 chorych (w maju 914): z téj liczby wyzdrowiało 246 = 43·1% szczepionych, a 149 = 26·1% nieszczepionych, umarło 11 czyli 1·9% szczepionych a 85 = 14·9% nieszczepionych, pozostało tylko 80 chorych w 18 gminach. Zarówno jak w maju tak samo i w czerwcu była ospa najwięcéj rozszerzoną w powiecie żywieckim, rawskim i sokalskim, także w kamioneckim, lecz w obu ostatnich powiatach wygasła prawie zupełnie.

Lwów d. 10 lipca 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Cholera** rozgościła się na wybrzeżu austryjacko-węgierskiém morza adryjatyckiego; mnożą się przypadki choroby w Tryjeście i Rjece; z ostatniego miasta portowego mieszkańcy uchodzą szerząc popłoch w okolicy; zdaje się atoli, że dotąd choroba nie zapuszcza się w miejscowości odleglejsze od morza. Rząd austro-węgierski przedsięwziął środki ostrożności, celem zapobieżenia rozpostarciu się epidemii; czy one okażą się skutecznemi, zależeć będzie głównie od charakteru epidemii, która tym razem, jak się zdaje, trzyma się przeważnie wybrzeży.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 czerwca do 3 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 21,7. Z płonicy umarło 2 (2 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy, 1 róży. W tygodniu od 20—26 czerwca umarło z ospy: w Wiedniu 1, w Pradze 1, w Budapeszcie 16, w Warszawie 2, w Rzymie 8, w Paryżu 6, w Brukseli i Petersburgu po 2, w Odesie 3. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Pradze i Gdańsku po 1, w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 43. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 13, w Petersburgu 18. Z odry umarło w Wiedniu 24, w Pradze 7, we Lwowie 1, w Drohobyczu 5, w Berlinie 17, w Paryżu 18, w Londynie 43, w Petersburgu 31. Z płonicy umarło: w Opawie 1, w Wiedniu 1, w Gracu 1. Z błonicy umarło: w Opawie 1, we Lwowie 2, w Kołomyi 1, w Tarnowie 1, w Czerniowcach 2, w Wiedniu 7, w Tryjeście 4, w Pradze 3, w Berlinie 27, w Hamburgu, w Budapeszcie i Chrystyjanii po 11, w Paryżu 20, w Londynie 22. Z krztuśca umarło w Wiedniu 3, we Lwowie 1, w Paryżu 23, w Londynie 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,7; we Lwowie 26,9; w Brodach 15,3; w Drohobyczu 41,3; w Kołomyi 26,5; w Przemyślu 31,5 w Stanisławowie 35,7; w Tarnopolu 18,4; w Tarnowie 44,9; w Czerniowcach 19,4; w Warszawie 22,7; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 25,8; w Salcburgu 25,3; w Gracu 30,6; w Tryjeście 29,5; w Insbruku 26,1; w Pradze 52,6; w Bernie 39,0; w Ołomuńcu 38,4; w Opawie 30,9; w Budapeszcie 36,4; w Berlinie 29,6; we Wrocławiu 30,6; w Gdańsku 24,5; w Dreźnie 24,4; w Hamburgu 27,2; w Kolonii 26,4; w Lipsku 21,4; w Mnichowie 30,8; w Strasburgu 27,8; w Amsterdamie 23,0; w Brukseli 28,9; w Chrystyjanii 21,0; w Genewie 14,4; w Kopenhadze 20,9; w Londynie 15,4; w Odesie 45,7; w Paryżu 21,6; w Petersburgu 33,7; w Rzymie 23,2; w Stokholmie 17,0; w Wenecyi 37,6; w Zurychu 23,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* ~~Kraków d. 15 lipca. Wczoraj odbyło się~~ nadzwyczajne posiedzenie Tow. lekarskiego, zwołane wyłącznie w celu zastanowienia się nad propozycyją prof. Czyżewicza we Lwowie, [redacted]

Otrzymujemy pismo następujące:

Do szanownéj Redakcyi Przeglądu lekarskiego w Krakowie z prośbą o umieszczenie powyższego listu w całości w kronice najbliższego numeru w nadziei, że zacny postępek kolegi Ściborowskiego znajdzie licznych naśladowców.

Z Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galic.

Lwów, 9 lipca 1886.

Odpis listu Dra Władysława Ściborowskiego do Prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich:

Czcigodny Panie Prezesie!

Przed rokiem jeden z członków krakowskiego Towarzystwa lekarskiego podniósł myśl, aby dla rozwinięcia działalności kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych, istniejącéj przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich, członkowie tego Towarzystwa oraz członkowie Tow. lekarskiego krakowskiego płacili co miesiąca po 1 zł. a. albo po 12 złr. rocznie. Myśl była niezaprzeczenie piękna i szlachetna ale niestety niewykonalna; z jednéj strony bowiem nie podobna nikogo zmusić, aby prócz zwykłéj wkładki, do któréj się zobowiązał przystępując do Towarzystwa, obecnie płacił drugie tyle; z drugiéj strony dla wielu członków byłoby to rzeczywiście uciążliwém.

Jeżeli jednak dla ogółu lekarzy byłoby to niemożliwe, to na 800 lekarzy w Galicyi obecnie się znajdujących, piąta część przynajmniéj mogłaby to uczynić bez uszczerbku dla siebie, a kasa wsparcia miałaby corocznie około 2000 złr. do rozporządzenia.

Do téj kategoryi lekarzy siebie zaliczając, postanowiłem corocznie na ten cel składać po 12 zła.; zważywszy jednakże że dziś właśnie kończę 30 lat zawodu lekarskiego, a zatém może już nie długo będę w możności uiszczania téj składki, w jéj miejsce posyłam obecnie kwotę 250 zł. a. w., od któréj procent właśnie tyle wynoszący nietylko za życia mego ale i w przyszłości będzie corocznie zasilał kasę Towarzystwa. Daj Boże! aby ta piękna i pożyteczna instytucyja obecnie pod światłym kierunkiem czcigodnego Pana Prezesa zostająca, coraz więcéj się rozwijała a w ten sposób mogła rozszerzać zakres swego działania dla przychodzenia z pomocą mniéj szczęśliwym członkom naszego zawodu i ich rodzinom.

Szczawnica, d. 18 czerwca 1886.

Z głębokiém uszanowaniem
Dr. Władysław Ściborowski.

* Z okazyi jubileuszu prof. Teichmann ofiarował sumę 600 zła. na rzecz instytucyj uczniów Uniw. Jagiell.

* Z leczonych przez Pasteura znów umarła wieśniaczka francuska w 9 dni po opuszczeniu zakładu Pasteura.

* W Iwoniczu było dotąd gości 694, w Gleichenbergu 2404, w Giesshűblu 222, w Gainfarn 765, w Cieplicach czeskich 3382, w Szczawnicy 1340.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Docent pryw. Dr. Roux mianowany został nadzw. profesorem anatomii. — **Monachium.** Osieroconą po Guddenie katedrę psychijatryi obejmie prof. Grashey z Würzburgu. — **Praga czeska.** Prof. Jiruś w Zagrzebiu przedstawiony został na prof. farmakologii w Wydziale czeskim. — **Wiedeń.** Na opróżnioną katedrę higijeny Wydział lekarski proponować ma *ex aequo* docenta Kratschmera w Wiedniu i prof. Grubera w Gracu.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Trybulec z Radomyśla, Jan Bednarski z Bystry, Paweł Jaglarz z Bierzanowa, Wojciech Chrząszczewski z Bolechowa, Maryjan Gidlewski z Ustrzyk, Józef Aleksander Stoklasa z Brodów i Józef Sochański z Dynowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Zdrowiu* Nr. 10: Polaka: Praktyka szczepienia ospy ochronnéj (c. d.); I. Kramsztyka: O przyczynach chorób kanału pokarmowego. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Heringa: O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych przy t. zw. suchotach krtani napotykanych; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (dok.): Malinowskiego: Kilka uwag o malaryi (dok.). — W *Medycynie* Nr. 28: Heringa: Kwas mleczny, jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych (dok.); Grünbauma: Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 lipca 1886. № 30. Rok XXV.

I. Z zakładu anatomii patologicznej prof. Browicza w Krakowie.

O nerwikach wykrytych w osłonce pni nerwowych (nervi nervorum periphericorum).

Przez Dra Jana Prusa,
asystenta kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell.
(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 7 lipca 1886).

Metoda barwienia tkanek żywych, podana przez Ehrlicha, bezsprzecznie znacznie rozszerzyła zakres badań histologicznych, umożliwiła bowiem nie tylko badanie zachowania się tkanki żyjącej względem różnych barwików, lecz także pozwoliła wniknąć w sprawy życia niektórych tkanin. Dotychczas, jak wiadomo, poprzestać musiano na barwieniu tkanek nieżywych, w których z jednej strony zmiany pośmiertne, a z drugiej strony wpływy różnych płynów użytych do stwardnienia tkanki zatrzeć mogły snadnie właściwą budowę tkaniny. Niedogodnościom tym starano się w dwojaki sposób zapobiedz. W celu uniknienia zmian pośmiertnych w tkaninie wkładano tkanki bezpośrednio po wycięciu ich z ustroju żyjącego już to do kwasu chromowego, już téż do rozczynu Flemminga itp., któreto płyny mają posiadać własność przeprowadzenia tkanin w stan stężenia i utrwalenia ich szczegółów drobnowidowych. Temuto postępowaniu zawdzięczać winniśmy głównie poznanie karyokinezy, poznanie nitkowatej budowy jądra, pierwoszcza itd. Drugą niedogodność, tj. wpływ środków twardniejących, starano się zrównoważyć niejako wyborem odpowiednich barwików, a uzyskanie odmiennego zabarwienia tkanin, będących odmiennej przyrody histologicznej, jest już od dawna upragnionym celem histologów. Jakkolwiek w tym kierunku poczyniono wiele pięknych odkryć i spostrzeżeń,—a wystarczy tu wspomnieć o odkryciu Kocha, dotyczącém odmiennego barwienia laseczników gruźliczych, to przecież przyznać należy, że podanie metody, która umożliwia barwienie tkanki żyjącej, tkanki zostającej w integralnym związku z organizmem, uważać musimy za ważny postęp w histologii. Metoda tego rodzaju zasługuje tém więcej jeszcze na uznanie, jeżeli zważymy, że barwienie tkanki obumarłej może nam tylko wyjaśnić czysto anatomiczne stosunki, tj. budowę i architekturę tkanki, nie daje nam jednak żadnego wyjaśnienia pod względem własności żywotnej tkanin, słowem nie pozwala nam wniknąć w bijologiję. Pytania bowiem: jakie pierwiastki przyswaja sobie komórka, jakie posiada oddziaływanie, jak się zachowuje względem materyjału ziarnistego itp., można tylko rozwiązać na drodze barwienia tkanek żywych.

Wyniki pierwszych prób w tym kierunku przedsięwziętych ogłosił Ehrlich w pracy pod tytułem: „*Das Sauerstoffbedürfniss des Organismus. Eine farbenanalytische Studie*“. Wychodząc z zasady, że sprawa utleniania i odtleniania odbywa się w komórkach, usiłował poznać bliżej rodzaj i jakość tej czynności. W tym względzie użył jako miary do ocenienia owych spraw życia różnych barwików, które przez odtlenienie przechodzą w mniej barwne lub bezbarwne połączenia i na odwrót. Aby jednak jakiś barwik mógł niechybnie do tego celu służyć, powinien posiadać wspomnianą własność w wysokim stopniu, tj. powinien łatwo ulegać nie tylko utlenieniu ale także odtlenieniu, a powtóre powinien być doprowadzonym do komórek w postaci delikatnych ziarenek, a nie w stanie zupełnego rozpuszczenia. Pierwoszcze bowiem żyjące, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nie ma żadnego powinowactwa do barwika, znajdującego się w stanie zupełnego rozpuszczenia, nie łączy się więc z nim wcale, a okoliczność, że po wprowadzeniu rozpuszczonych barwików do ustroju napotyka się czasem komórki zabarwione, tłumaczyć należy w ten sposób, że barwik wniknął drogą dyfuzyi do soku komórkowego *(paraplasma)* a nie do pierwoszcza. Pierwoszcze żyjące przyjmuje natomiast do swego wnętrza barwiki stałe, mające postać drobnych ziarenek. Najlepszym przykładem w tym

względzie jest fakt, że ameby pływające w rozczynie karminu nie barwią się wcale, podczas gdy bardzo łatwo pochłaniają kuleczki indychtu. Wymienionym powyżéj warunkom uczynił najlepiéj zadosyć, jak to Ehrlich się przekonał, błękit alizarynowy, błękit indofenolowy i metylenazur. Nader subtelne zawiesiny tych barwików wprowadzone w odpowiedniéj ilości pod skórę lub do żyły zwierzęcia wywoływały wkrótce zabarwienie błękitne skóry i błon śluzowych a następnie sprowadzały objawy otrucia ze strony ośrodków nerwowych, kończąc się wreszcie śmiercią zwierzęcia. Badając narządy zwierzęcia zdechłego lub zabitego w różnych okresach zatrucia, przekonał się Ehrlich, że niektóre narządy były bezbarwne, inne zaś zabarwiły się niebiesko i dopiero pod wpływem tlenu powietrza odbarwiały się rychléj lub późniéj. Według tego podzielił Ehrlich wszystkie narządy na trzy grupy. Do pierwszéj grupy zaliczył te narządy, które za życia silnie odtleniają błękit alizarynowy (wątroba, istota korowa nerek, płuco, górna część jelit, biała istota ośrodków nerwowych, nerwy obwodowe); do drugiéj grupy należą te narządy, które dopiero po śmierci szybko odtleniają wspomniane barwiki (istota szara ośrodków nerwowych, serce); trzecią grupę stanowią wreszcie te narządy, które bardzo powoli lub téż wcale nie odtleniają błękitu alizarynowego (gruczoły ślinne, trzustka, gruczoły śluzowe, łzowe, sutki). Z tego okazuje się, że narządy wymienione w pierwszéj grupie czują największą potrzebę tlenu.

W dalszym ciągu swych poszukiwań użył Ehrlich błękitu metylenowego do wstrzykiwań już to podskórnych, już téż wprost do żyły zwierzęcia i przekonał się, że barwik ten posiada nadzwyczaj silne powinowactwo do najdelikatniejszych rozgałęzień włókienka osiowego (*Über die Methylenblaureaction der lebenden Nervensubstanz. Deut. med. Wochenschr.* 1886, Nr. 4). Po wstrzyknięciu bowiem wodnego rozczynu błękitu metylenowego do żyły zwierzęcia żyjącego barwią się wkrótce pięknie niebiesko: 1) zakończenia obwodowe nerwów czuciowych, 2) zakończenia nerwu smakowego i węchowego, 3) nerwy mięśni gładkich i serca, 4) w ośrodkach nerwowych uwydatniają się miernie szerokie włókna nerwowe, szczególnie w tak zwanych jądrach rdzenia przedłużonego i gęsta siatka najdelikatniejszych włókienek w korze mózgowéj, 5) w komórkach zwojowych nerwu współczulnego barwi się tylko włókno spiralne, 6) z zakończeń nerwów ruchowych zabarwione bywają czasem tylko zakończenia w mięśniach oka, przepony i krtani, podczas gdy pnie nerwowe nie barwią się nigdy.

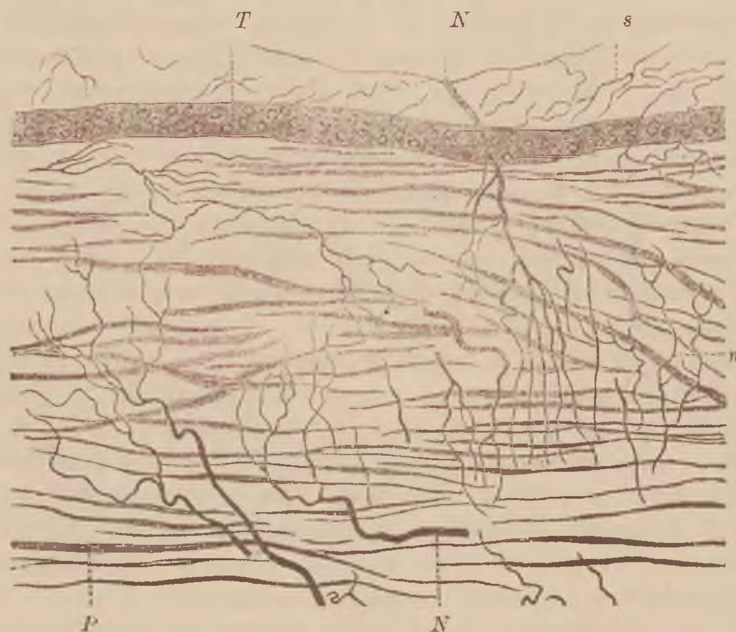
Zachęcony przez prof. Browicza rozpocząłem szereg doświadczeń w tym kierunku, a stwierdziwszy podania Ehrlicha, przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lek. krak., w dniu 17 lutego rb. odbytém, preparaty mikroskopowe zakończeń nerwowych w sercu, języku, pęcherzu moczowym i naczyniach krwionośnych żaby. Pracując daléj na tém polu zrobiłem ciekawe spostrzeżenie, że w pniach nerwowych uwydatniają się czasem niteczki błękitnie zabarwione, których szczegółowém zbadaniem bezzwłocznie się zająłem.

Nim jednak przystąpię do skreślenia wyników tych poszukiwań muszę wprzód opisać dokładniéj metodę badania.

Doświadczenia odnośne wykonywałem na żabach, królikach i świnkach morskich. Do wstrzykiwań używałem 0·5% lub 1% rozczynu wodnego błękitu metylenowego, świeżo sporządzonego i starannie przesączonego. Po podwiązaniu żyły udowéj u żab, a żyły szyjnéj u królików i świnek morskich, nacinałem ostrożnie dośrodkową jéj część i wprowadzałem do jéj wnętrza kaniulkę strzykawki wypełnionéj dokładnie powyższym rozczynem. Wstrzykiwania uskuteczniałem zwolna pod siłą parcia możliwie najniższego. Ilość płynu wstrzykniętego nie przewyższała zwykle $^1/_{13}$ ciężaru zwierzęcia. Ciepłota rozczynu równała się mniéj lub więcéj ciepłocie zwierzęcia do doświadczenia użytego. Skoro tylko wśród wstrzykiwania pojawiały się silniejsze odruchy, przestawałem na chwilę wstrzykiwać, a wstrzykiwania stósowałem w ogólności tak długo, dopóki nie powstało wybitne błękitne zabarwienie tkanki podskórnéj, języka, błon śluzowych itp. Chwila ta następuje u żab po kwadransie lub pół godzinie, u królików zaś i świnek morskich po jednéj lub dwóch godzinach. Stwierdziwszy obecność zabarwienia zakończeń nerwu smakowego lub nerwów czuciowych w pęcherzu itp., wycinałem szybko jakikolwiek pień nerwowy i badałem go pod mikroskopem.

W osłonce pnia nerwowego występują czasem niteczki pięknie niebiesko zabarwione, przebiegające jużto skośnie już téż poprzecznie do kierunku włókien wchodzących w skład pnia. Dokładniejsze badanie przedsięwzięte przy pomocy soczewek immersyjnych pouczyło, że niteczki te błękitne nie są jednolite, lecz składają się z szeregów drobniutkich ziarnek, bardzo blisko obok siebie ułożonych i przedstawiają tu i owdzie ociekliuowate zgrubienia. Dość często napotkać można dzielenie się nitki na dwie cieńsze lub téj saméj grubości, a ostateczne ich zakończenia przedstawiają się czasem w postaci małéj pałeczki.

Najwięcéj przydatne do badań są cienkie pnie nerwowe z przyczyny łatwo pojąć się dającéj. Im cieńszym bowiem jest pień, tém preparat jest więcéj przejrzystym i tém mniéj potrzeba go rozdrabniać. Grube pnie są albo do badań drobnowidowych wprost nieprzydatne z powodu nieprzeźroczystości, albo też w razie dostatecznego rozdrobnienia dają obraz zamazany, głównie z powodu mechanicznego zniszczenia żywotności tkanki wśród preparowania.



Pień nerwowy barwiony chlorkiem złota. N nerwiki rozgałęziające się w osłonce pni nerwowych (*nervi nervorum periphericorum*). n delikatna siateczka ostatecznych rozgałęzień nerwików. s osłonka pnia nerwowego z siateczką nerwików. P włókna nerwowe wchodzące w skład pnia nerwowego. T naczynie krwionośne, wypełnione ciałkami krwi.

Załączona figura przedstawia przybliżony obraz owych niteczek niebiesko się barwiących a przebiegających w osłonce

pnia nerwowego. Nie jestto wprawdzie wierny obraz, jaki zazwyczaj się napotyka, siatka bowiem jest mniéj wybitną niż to na rycinie przedstawiono. Nadmienić jednak muszę, że obraz ten otrzymanym jest po zastósowaniu innéj metody, którą poniżéj opiszę. Na tle grubych włókien nerwowych *P*, wchodzących w skład pnia nerwu, rysuje się siatka składająca się z włókien *N*, rozgałęziających się na coraz drobniejsze niteczki, dążące w kierunku poprzecznym do pnia nerwowego. Nadto widoczne są tu i owdzie urywki bardzo delikatnych włókienek *n* również rozgałęziających się.

Wśród badania najdotkliwiéj daje się uczuć okoliczność, że preparaty zaczynają się psuć w krótkim czasie, bo po upływie już kilkunastu minut, a mianowie barwa niebieska preparatów blednie, rozlewa się i zaciera, a w końcu gromadzi się na brzegach preparatu w postaci jednolitéj, niebieskawéj obwódki. Niedogodności téj jednak można było czasem zapobiedz przez użycie zgęszczonego wodnego roztworu octanu potasowego, któryto roztwór posiada, jak wiadomo, własność konserwowania przez czas dłuższy tkanek żyjących. (C. d. n.).

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Rzadziéj zdarzają się takie przypadki, jak ostatnie dwa powyżéj podane, utajonego przebiegu zapalenia opon w następstwie cierpień chronicznych, a w szczególności przypadek ostatni, który pod względem patologiczno-anatomicznym należy do rzadkości, gdyż podobnie rozległe wynaczynienie w mózgu zajmujące wszystkie komórki i podstawę mózgu dotąd, o ile literatura mi jest znaną, opisują tylko Rilliez i Barthez. W obydwu naszych przypadkach cierpieniem pierwotném i najgłówniejszém było zapalenie kręgów na tle zołzowo-gruźliczém a w następstwie tegoż powstało zapalenie opony twardéj rdzenia pacierzowego z uciskiem na rdzeń, objawiające się przykurczeniami odnóg dolnych, a w przypadku 3cim także zapalenie opon miękkich rdzenia. Nadto wywołało długotrwałe ropienie połączone prawdopodobnie z gorączką w przypadku 2im zmiany amyloidowe w nerkach, wątrobie i śledzionie a prawdopodobnie i jelicie, z następowemi wysiękami surowiczemi, z których najznaczniejszym i najważniejszym był wysięk opłucnowy po stronie lewéj w skutku ciągłego leżenia choréj na lewym boku, połączony z całkowitém uciśnięciem płuca. Podobne zmiany w klatce piersiowéj nie mogły pozostać obojętnemi dla stosunków krążenia w jamie czaszkowéj, tém mniéj, że odpływ płynu mózgordzeniowego dla zmian w kręgosłupie i oponach rdzenia był utrudniony; przygotowały one zatém grunt do powstania zapalenia opon mózgowych, kończącego cały ten obraz chorobowy. W przypadku 3im rozwinęła się równorzędnie a może i w następstwie zapalenia kręgów gruźlica płuc i gruczołów oskrzelowych a w okresie późniejszym zwyrodnienie tłuszczowe wątroby i mięśnia sercowego i zapalenie miąższowe nerek. I tu znajdujemy liczne zboczenia w klatce piersiowéj, wpływające niekorzystnie na krążenie w jamie czaszkowéj; chociaż z drugiéj strony nasuwa się przypuszczenie, iż zapalenie opon mózgowych było w tym przypadku wywołane prostém posunięciem się sprawy chorobowéj z opon miękkich rdzenia ku górze. Ostatnim aktem było wynaczynienie albo raczéj powiedzieć można krwotok w mózgu, którego przyczyny jednak sekcyja wynaleźć nie zdołała. W każdym razie najprawdopodobniejszą przyczyną było pęknięcie małych tętniaków w mózgu z wylaniem krwi do komórek a następowém spłynięciem téjże na podstawę mózgu i do kanału kręgowego. Objawy, które w obydwu przypadkach zauważyliśmy za życia, były: 1) ból głowy, 2) niespokój i rozdrażnienie, 3) wymioty. Ból głowy wystąpił w przypadku 2im w dni 5 przed śmiercią i wciąż się wzmagał, w przypadku 3im w dni 3 przed śmiercią; niespokój i rozdrażnienie wystąpiło prawie równocześnie, a wymioty wystąpiły w przypadku 2im w 12 godzin przed śmiercią, a w przypadku 3cim tylko w kilka godzin przed zgonem. Nadto pojawił się w przypadku 2im lekki niedowład nerwu twarzowego równocześnie z bólem głowy, a w przypadku 3im śpiączka i zgrzytanie zębami 2 dni przed śmiercią. Pominąwszy już tę okoliczność, że nawet u dzieci poprzednio zupełnie zdrowych i nieokazujących licznych zboczeń chronicznych w rozmaitych narządach, nie możnaby na podstawie powyższych przypadów, w obec zupełnego braku jakichkolwiek zboczeń w dziedzinie ruchowéj rozpoznać zapalenie opon mózgowych, lecz możnaby zaledwo podejrzywać, że w jamie czaszkowéj zaszły jakieś zaburzenia, to w przypadkach naszych tém mniéj można było rozpoznać zapalenie opon, gdyż wszystkie zauważone objawy znalazły wytłumaczenie swe w obecności chorób, które poprzednio rozpoznano. I tak można było ból głowy, niepokój i wymioty łatwo bardzo odnieść do istniejącego zapalenia nerek z następowemi wysiękami, przypuszczać możliwość mocznicy, zresztą tłumaczyć sobie rozdrażnienie i ból głowy pogorszeniem sprawy chorobowéj w kręgach, nowém zadrażnieniem rdzenia pacierzowego itp. Jedynie tylko prawie zupełnie niespodziane nagłe zejście śmiertelne w obydwu przypadkach i utrata przytomności równocześnie z wymiotami w 3im przypadku wznieciły podejrzenie, że przy sekcyi znajdziemy także jakiejś zmiany w jamie czaszkowéj, a w obec próchnienia kręgów, wyniszczenia ogólnego w obydwu a wyraźnéj gruźlicy w przypadku 3cim prędzéj przypuszczaliśmy możliwość zapalenia opon gruźliczego.

H. Wodogłowie ostre czyli zapalenie splotów naczyniowych w komórkach

cechuje się rozwijaniem choroby w początku powolném, czém się różni od zapalenia opon półkul, w którém albo nie ma zgoła okresu zwiastunów, albo téż są objawy podrażnienia, przeważnie z sfery czuciowéj, rozpoczynający się od utraty humoru i łaknienia, zmienności w usposobieniu, u starszych dzieci od przygnębienia, snu przerywanego, wkrótce potém od przypadów gastrycznych, wreszcie od objawów mózgowych, szczególniéj w początkach tyczących się oczu, zatém od wysadzenia gałek, zezu, nystagmus, zwężenia źrenic a wreszcie od drgawek. Już teraz różni się obraz zapalenia splotów od zapalenia opon na podstawie tém, że objawy powyżéj wyliczone szybko już po sobie następują, najwybitniéj zaś tém, iż w zapaleniu opon na podstawie przychodzi jeszcze do okresu 3go choroby, t. j. do okresu depresyi i porażeń, gdy w obec wodogłowia do okresu tego nie przychodzi, lecz dzieci giną wśród drgawek. Przytém są drgawki zazwyczaj silne, ogólne, symetryczne, a ataki powtarzają się bardzo często w ciągu dnia. U dzieci młodych, u których ciemię nie jest zarośniętém widać zwiększające się w oczach

napięcie ciemienia i wypełnienie żył czaszkowych. Ważną wreszcie w rozpoznaniu rolę odgrywa stan ogólny chorych, t. j. zboczenia w odżywieniu i ewentualnie współcześnie przebiegające choroby narządów innych, albo też choroby poprzedzające wystąpienie wodogłowia. Pod względem częstości, to z wszystkich postaci zwyczajnego zapalenia opon, jak już dawniéj powiedzieliśmy, zajmuje wodogłowie ostre pierwsze miejsce a zwłaszcza u dzieci nieco starszych; przypadków, któreśmy zauważyli było 7, a z tych 3 razy u chłopców a 4 razy u dziewcząt. Wiek przedstawiał się jak następuje: 1 dziecko liczyło 8 miesięcy; jedno $1^1/_2$ lat; jedno 3 lat; 1 dziecko liczyło 4 lat; jedno 5 lat; dwoje dzieci liczyło 8 lat. Z dzieci tych zmarło 6ro, jedno wyszło bez polepszenia; dwoje przywieziono do szpitala w okresie konania. Zboczenia w odżywieniu krzywicze okazywało dwoje. Z chorób współcześnie przebiegających lub poprzedzających zauważyliśmy: w jednym przypadku *Gastritis acuta*; w 1ym *Enteritis follicularis*; w 1ym przypadku *Enterocatarrhus acut.*; w 1ym *Enterocatarrhus acut.* i *Pleuropneumonia*; w 1ym *Variola*; w 1ym *Scarlatina c. Angina diphtheritica sbs. pneumonia* i początki zap. nerek; w 1ym przypadku nie było żadnych innych chorób. Czas trwania choroby średnio był bardzo krótki, i tak trwały objawy w przypadku 1szym dni 2, czas obserwacyi szpitalnéj dni 23; w 2gim dni ?, czas obserwacyi szpitalnéj dni $2^1/_2$; w przypadku 3cim dni 2, czas obserwacyi szpitalnéj dni 38; w przypadku 4ym dni ?, czas obserwacyi szpitalnéj dni 1; w przypadku 5ym dni 15?, czas obserwacyi szpitalnéj dni 15; w przypadku 6ym dni 6, czas obserwacyi szpitalnéj dni 1; w przypadku 7ym dni 26, czas obserwacyi szpitalnéj dni 18. W przypadku 2gim i 4ym oddano dzieci do szpitala z chorobą w pełni rozwoju, bez podania dat anamnestycznych, w przypadku 5ym w samym początku choroby, lecz również bez podania czasu wystąpienia pierwszych objawów, w 7ym nareszcie przypadku, który przeszedł w stan chroniczny, podawali rodzice, iż choroba rozwinęła się na 8 dni tylko przed oddaniem dziecka do szpitala, czemu jednakowoż w zupełności wierzyć nie można, gdyż Żydzi podają często umyślnie krótszy czas trwania choroby, w mniemaniu, iż lekarz prędzéj pospieszy się z wyleczeniem przypadku świeższego aniżeli przypadku zaniedbanego. Z powyższych przypadków tylko w 3ch były objawy za życia wyraźne, tak że niewątpliwie rozpoznać można było wodogłowie ostre, w 1ym przypadku wahało się rozpoznanie między *hydrocephaloid* czyli niedokrewnością mózgu a wodogłowiem, w 1ym między mocznicą a wodogłowiem ostrém, w 1ym nie rozpoznano żadnéj zmiany w oponach mózgowych lecz tylko okres wybuchu ospy, gdy w 1ym o tyle rozpoznanie nie mogło być ścisłém, że chory przybył do szpitala już po przebyciu okresu najważniejszego, i że chorobie nie uległ, lecz opuścił zakład bez polepszenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Erlenmayer. O **kokainicy**.

Przepowiednia Wallego nie sprawdziła się, bo już w krótkim czasie niespełna 2 lat w skutek nadużycia kokainu mamy cały zastęp nałogowych kokainistów. Dr. E. obserwował 13 przypadków, z pośród których było 5 lekarzy, 2 żony lekarzy, 3 oficerów i po jednym literacie, obywatelu ziemskim i urzędniku i na podstawie tych obserwacyj skreśla powstawanie i przebieg kokainicy. Rozróżnia on 2 formy: 1) w któréj tylko kokain bywa używany, 2) w któréj jednocześnie z morfinem i kokainu używano. Jak jedna tak i druga forma tylko morfinowi swój początek zawdzięcza. Zwykle morfinista za pomocą kokainu usiłuje się odzwyczaić od morfinu, jednak w bardzo rzadkich przypadkach to się udaje, w przeważnéj zaś większości przypadków morfinista obok morfinu przyzwyczaja się i do wstrzykiwań kokainowych. Nawet jeżeli mu się uda odzwyczaić od morfinu, to i tak popada w drugą biedę, bo przyzwyczaił się już do kokainu. Jak w tym tak i w drugim przypadku kokain działa orzeźwiająco, wzmacniająco i sprawia pewne uczucie zdrowia i krzepkości. Działanie to jednak jest krótkotrwałe i dla tego po jedném wstrzyknięciu następuje drugie, trzecie itd., przyczém pojedyncze dawki bywają coraz większe. Nareszcie chory postanawia odzwyczaić się od kokainu i to jednak mu tak łatwo nie przychodzi. Po usunięciu kokainu brak jego daje się uczuć choremu, bez niego nie może pracować i zwykłym swym zajęciom się oddawać, wraca więc znowu do kokainu i staje się naturalnie kokainistą. Dłuższe używanie kokainu nadzwyczaj szybko wyniszcza organizm, tak że chory w końcu wraca do morfinu i tym sposobem staje się morfinistą, używając nieraz jeszcze przytém makowca i wodnika chloralu.

Wstrzykiwanie kokainu sprowadza w miejscu wkłócia twarde guzy wielkości orzecha, które zwykle po miesiącach dopiero giną. Kokain poraża system naczyniowy, przyczém ilość tętna zwiększa się, napięcie w tętnicach słabnie; daléj kokain sprawia zaburzenia w wydzielaniu potu i w oddechaniu, a dość często nawet prowadzi do omdlewań. Chorzy śród używania kokainu spadają z ciała i to w przeciągu kilku tygodni o 20—30%, chociaż nie jedzą mniéj i nie cierpią na nieżyt przewodu pokarmowego. Wyglądają też bardzo żle, skóra ich blada, oczy zapadłe, a mięśnie wiotkie. U jednego z chorych Dr. E. obserwował nagłe zniknięcie popędu płciowego po pierwszych wstrzyknięciach kokainu.

Przejściem do ważniejszych zmian jest bezsenność, jako skutek wstrzykiwań kokainowych. Najczęściéj też bezsenność zmusza chorych do używania znowu morfinu z dodatkiem nieraz chloralu. W późniejszych okresach kokainicy chorzy cierpią na zboczenia umysłowe, halucynacyje wzroku a jako najwyższy stopień podaje Dr. E. obłąd prześladowczy na tle halucynacyj. Nadto rozwija się osłabienie pamięci, tępota i inne choroby umysłowe. Jeden jeszcze objaw podaje Dr. E., że chorzy tacy skłonni są bardzo do rozległéj korespondencyi, do długich rozmów, pełni są wtedy rozmaitych dzikich pomysłów, nigdy zajęcia swego nie mogą skończyć, bo zawsze pozostaje im coś do zapisania lub powiedzenia, a choć cały dzień pracują, nie widać jednak rezultatów téj pracy. Chorzy tacy ciągle się powtarzają i zapominają. Rozmowa z nimi jest prawie niemożliwa, tak wszystko umieją gmatwać i plątać nie mogąc znaleźć końca rozmowie. Jeden z takich chorych, lekarz, pisywał arkuszowe listy do swoich pacyjentów, rozmaitych żądając rzeczy, a z pacyjentami swymi w domu nie mógł trafić do ładu. Objawy powstające po usunięciu kokainu nie są gwałtowne, ale za to różnorodne. Dr. E. obserwował tylko przypadki mięszane, gdzie obok kokainu i morfin był używany. Odzwyczajenie się miało miejsce w trojaki sposób: 1) Albo nagłe usunięcie kokainu z pozostaniem przy tychże samych dawkach morfinu. 2) Raptowne usunięcie kokainu przy powolném zmniejszaniu dawki morfinu. 3) Jednoczesne zmniejszanie kokainu i morfinu. Z objawów występujących śród zaprzestawania kokainu w pierwszéj linii stoją objawy naczynioruchowe, jako to bicie, słabe uderzenie serca, duszność

wreszcie omdlenie. Stoją one w prostym stosunku do dawki usuniętéj i do szybkości, z jaką kuracyję tę przeprowadzamy. Że omdlewania są tylko wywołane kokainem a nie jestto zapad w skutek usunięcia morfinu, na to mamy dowód ten, że omdlewania zdarzają się i w w tych razach, gdzie morfinu nie usuwamy i gdzie np. dzienna dawka morfinu wynosi 0,5 grm. Dalszym objawem po usunięciu kokainu jest przygnębienie umysłowe i osłabienie woli. Chorzy tacy płaczą, krzyczą, narzekają, domagają się koniecznie wstrzyknięcia kokainu i wyglądają go jako zbawienia. Stan taki trwa dość długo i tém się właśnie różni od stanu u morfinistów po usunięciu morfinu. Rokowanie w morfiokokainicy jest daleko gorsze niż w zwykłéj morfinicy. Kto chce dojść do dodatnich rezultatów, ten powinien chorych wysełać do zamkniętego zakładu na 4—6 miesięcy, gdzie można powoli usuwać kokain. Dr. E. przestrzega w końcu przed optymizmem w zapatrywaniu się na działanie i skutki kokainu i radzi bardzo ostrożnie z nim postępować. (*Wien. Med. Presse* 1886 Nr. 28).

Dr. J. Surzycki.

Dr. F. T. Pain w Taxis. **Salix Nigra (Aments) nowy lek kojący w obec wygórowanego popędu płciowego, samogwałtu, nasieniotoku i chorób jajników.**

Autor podaje doświadczenia czynione od roku 1880 w przypadkach odpowiednich, stosując dziennie 3—4 razy po 5gr. leku wspomnionego w wyciągu płynnym. Wynik zawsze okazał się rychłym i pewnym. Między chorymi leczył mężczyznę, który twierdził stanowczo, iż nigdy niezaspokoił popędu płciowego, pomimo iż 5—6 razy spółkował w jednéj nocy. Chory znacznie wynędzniały używał leku 3 razy dziennie przez 10 dni, późniéj oświadczył, iż zaledwie raz w tygodniu poczuwa pociąg płciowy. Onaniści uspokoili się zupełnie w krótkim czasie odzyskawszy siłę i zdrowie. W przypadkach przeczulicy jajników lek ten dał świetne wyniki. Pewna niewiasta używając leku przez 10 dni wysłowiła się: *If a woman takes that medicine, she dont care if there is no man in the world.* Również skutkował środek w dolegliwém miesiączkowaniu, czyszczenia bowiem po użyciu leku miały łagodny przebieg bez przerwy. (*Virginia Medical monthy*, grudzień, 1885). *Dr. Reiss* w Dukli.

Michael: **O znaczeniu zapadniętego jelita w operacyjach uwięźnięcia tegoż wewnętrznego.**

Panuje powszechne przekonanie, że w uwięźnięciach wewnętrznych jelita powyżéj miejsca zatkania są rozszerzone, poniżéj zaś zapadłe. Z tego faktu robiono użytek praktyczny a w przypadkach wątpliwych co do miejsca uwięźnięcia wyszukiwano część jelita zapadłą i za niém jako wskazówką postępowano do miejsca obrażenia. Dr. M. z Baltimore ogłosił niedawno uwagi w *Medical News* z 29 maja wykazując, że i od téj reguły istnieją wyjątki. Przytacza 2 przypadki: W 1szym po otwarciu jamy brzusznéj najpierw wpadło w oko zapadnięte jelito cienkie; następnie napotkał kiszkę poprzeczną tak rozdętą, że pokład otrzewnowy pękł w kilku miejscach a miejscem zatkania było zwężenie zgięcia esowego. W 2gim przypadku spostrzeżono najpierw pętlę zapadniętego jelita a następnie znaleziono rozszerzoną kiszkę ślepą i zgięcie esowate ponad zwężeniem w prostnicy. Autor nie podaje wyjaśninnia tego zjawiska. Sąto wyjątki od prawidła i jako takie warto o nich wspomnieć. (*The Lancet* 19/6 1886 r.). *Dr. Barącz.*

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

V.

Jeduém z najbardziéj interesujących studyjów ludności wschodniéj jest bez zaprzeczenia zapoznanie się z jéj zwyczajami. Cytowanie jednak całych ich szeregów przeszłoby znacznie zakres mego obecnego opowiadania. Ograniczam się więc tylko do podania tych, które mogą stanowić przedmiot szkiców sanitarnych. Na Wschodzie perskim tak jak wszędzie ogół zwyczajów należy podzielić: na uświęcone tradycyją i jako takie ściśle przestrzegane przez wszystkie klasy, na powstałe pod wpływem ślepego fanatyzmu, i na zwyczaje, które przeniknęły do Persyi w następstwie zetknięcia się z Zachodem, a zatém w skutek pewnego rodzaju postępu naszéj cywilizacyi w tych krajach. Ostatni ten dział zajmie nas przedewszystkiém i jednocześnie pozwoli mi ugrupować niektóre ze zwyczajów utrzymujących się siłą czysto miejscowych warunków.

Poznanie danych klimatycznych higijeny mieszkań i wpływu, jaki wywierają na zdrowie mieszkańców, prowadzi nas wprost do wykazania, jakie są jeszcze inne przyczyny oddziaływające mniéj lub więcéj szkodliwie na ustrój jednostek. Pierwsze miejsce wypada tu poświęcić kuchni perskiéj. Jakość i ilość pokarmów, sposób ich przygotowania i pora żywienia się, są tu nieco odmienne od podobnych zwyczajów praktykowanych u innych ludów Wschodu. Pers lubi dobrze zastawiony stół czyli właściwie podłogę służącą mu za takowy. To téż i jego kuchnia nie będąc wyborną jest jednak lepszą od tureckiéj, a zdrowszą i pożywniejszą od indyjskiéj. Dotyczy to jednak potraw przygotowanych w domu, podczas gdy kuchnia publiczna, tak zwana bazarowa, choć zupełnie zadowala strusi żołądek prostaka, to jednak wcale nie odpowiada wymaganiom higijeny. W ilości zaś dań, jakie wchodzą w skład śniadań i obiadów perskich, pierwsze miejsce zajmują suche owoce (mianowicie morele, brzoskwinie i odmiana śliwek zwanych tu „Ali-buharra“) świeże jarzyny i ryż. Wyborne gatunki tego ostatniego czynią, że „pilaff“ stanowiący jedno z niezbędnych dań, jest tu zawsze pulchnym i smacznym. Mięsa używa się stosunkowo mało; tłuszcz barani wcale nie figuruje w spiżarni perskiéj; lecz za to najprzedniejszego gatunku masła już to solone, lub tylko świeżo ubite („Righane“), do tego bardzo niskie ich ceny i znaczna obfitość pozwalają na przesadne zwykle omaszczanie każdéj potrawy. — Mięso bywa zwykle przygotowywane z jarzyną lub owocami, niekiedy tylko siekane służy do przygotowania smacznego „Szach-kebabu“, nigdy zaś nie podają go jako pieczyste. Ze wszystkich znanych tu gatunków jarzyn jeden tylko owoc z Hybiscus esculentus (Bamia) tak powszechnie ceniony na Wschodzie, przez Persów nie jest używany, jako okryty zabawną klątwą rzuconą nań przez jakiegoś wygłodniałego prawdopodobnie purytanina szeickiego. Ryż figuruje zwykle w dwóch daniach. Jedno przygotowane z masłem i jadane bez żadnych dodatków; drugie bez masła z dodaniem proszku „Kurkumy“ zwykle domięszywają do jarzyn lub popijają rosołem („Awguszt“). Rozmaitego rodzaju zakwaszone jarzyny, konfitury z tykwy, limonijada, mleko zakwaszone lub maślanka, figurują stale przy każdorazowém braniu posiłku. Sok winogronowy, przygotowany we właściwy sposób, zastępuje napoje

wyskokowe, których prawy Pers święcie powinien unikać, mianowicie w przytomności obcego gościa.

Sam zaś zwyczaj i sposób jadania jest tu zupełnie odmiennym od tego, jaki znajdujemy u innych ludów Wschodu. Rano lekki posiłek złożony z podpłomyków i konfitur. Śniadanie zwykle podaje się o godzinie 11téj rano, obiad zaś stanowiący razem i kolacyję o 10téj wieczorem. Przedział między jednym i drugim posiłkiem do 2giéj po południu wypełniają spijaniem herbaty. Po południu, stósownie do pory roku, posilanie się pewną ilością owoców lub słodką sałatą i wreszcie znowu picie herbaty trwa bez przerwy aż do chwili podania kolacyi. W tym codziennym porządku nic oryginalniejszego nad sam sposób ustawiania dań i zwyczaj a właściwie pozycyja zachowywana przy jedzeniu. Podłoga, jak już powiedziałem, służy za stół. Zwykle zasłana dywanem, w chwili jedzenia przykrywa się wyłącznie na to przygotowaną serwetą, najczęściéj zamszową, okrytą pięknym haftem, lub téż zastąpioną nieco zużytym szalem lub tylko rogóżką. Po bokach i w kątach rozkładają się prawdziwie łokciowe podpłomyki, noszące tu nazwę chleba („Nau aziz“), a na nich tace z daniami obliczonemi na dwie a najwięcéj na trzy osoby. — W środku zasiada „aw-dar“, którego obowiązkiem jest wypełnianie mlekiem lub limonijadą małych czasz do picia. Do tak zastawionego śniadania czy obiadu zasiada się rzędami, przyklękając na kolana i podając górną część tułowia po nad tacę. W tak zgiętéj pozycyi Pers zaspakaja zwykłą potrzebę żołądka i biorąc na raz pewną ilość z każdéj potrawy, układa ją na podpłomyk, miesza wszystko razem, i zjada z nadzwyczajnym pośpiechem, zamiast łyżki posługując się li tylko prawą ręką. Nie więcéj nad dziesięć minut wystarcza zwykle do zadowolenia się pokarmem, poczém każdy powraca na swe stanowisko przy ścianie i trawi, delektując się dymami „Kajlanu“. O ile pozycyja zachowywana przy jadaniu jest nieodpowiednią nie mam potrzeby dodawać. Zgięcie tułowia nadawane górnéj części ustroju, ucisk przepony, żołądka i wątroby, wreszcie nadzwyczaj prędkie przełykanie kęsów pokarmowych, tłumaczą ową niezwykłą częstość cierpień narządu trawienia, jakie spotykamy w wyższym lub niższym stopniu u każdego prawie Persa. Jako jednę z przyczyn podobnych stanów, dodać jeszcze można i zwyczaj nadmiernego opijania się herbatą, zwykle bardzo osłodzoną i podawaną często, choć tylko w bardzo małych szklaneczkach zwanych „piale“. Tutaj nie tylko już wprowadzenie znacznéj ilości płynu do żołądka, ale jeszcze jakość i gatunek liści herbaty używanych do przygotowania naparu, bywa przyczyną częstych dolegliwości, na które Pers przy każdéj sposobności zwykł się bardzo uskarżać. — Opijając się herbatą powiadają, czujemy, że szkodzimy ustrojowi, lecz to nałóg, który wykorzenić lub tylko zaniechać jest rzeczą niepodobną, a nawet poniżającą w obec ogólnie przyjętego zwyczaju. Gdyby jeszcze okazując podobną uległość starano się przynajmniéj o posiadanie niezgorszych choćby tylko gatunków herbaty, zwyczaj nadmiernego jéj używania stałby się może znośniejszy w swych skutkach. Lecz rzecz ta ma się tu zupełnie przeciwnie. Bo tylko u zamożniejszych tutejszych Khanów można się spodziewać, że podany na ugoszczenie napój będzie w istocie herbatą, podczas gdy ogół pozostając w domu używa liści, które były już poddane jednorazowemu naparowi, poczém wysuszone i zapakowane w blaszane pudełka, oczywiście z odpowiednią etykietą, są przedmiotem korzystnego handlu, jaki Rosyja prowadzi z Persyją. Na czas zaś podróży praktyczny Pers zaopatruje się w zasób herbaty, przygotowanéj w wyłączny sposób. Oto pewna jéj ilość zwilżona najprzód naparem cynamonowym miesza się z cukrem trzcinowym, aż do utworzenia miękkiéj masy. Po jéj podeschnięciu dodaje się pewna ilość ziarn „sumaku“ (Rhus cotylus), znowu się miesza i następnie poddaje tłoczeniu w drewnianym moździerzu. Po dokładném ugnieceniu cała tak przygotowana mięszanina suszy się na blaszanych płatach, poczém dzieli się na tabliczki, dające się łatwo zapakować. W razie potrzeby wrząca woda przygotowana w miedzianym imbryku lub najczęściéj samowarze (nieodstępnych towarzyszy każdego podróżującego Persa) wystarcza do rozpuszczenia pewnéj ilości wspomnianéj mięszaniny zawierającéj wszystko, czém Pers zwykł zadawalać swe podniebienie, słodycz, kwaskowatość, aromat podniecony cynamonem, a wreszcie i samą nawet herbatą. Tabliczki podobne tytułują się „czajem“ i płyn z nich przygotowany jest ciemno brunatny, mdły, w niczém nienaśladujący herbaty, lecz podług zapewnienia pijących, orzeźwiający a nawet pożywny, zatém odpowiadający potrzebom podróżnego. To téż, pomijając już tutejsze „czajhane,“ gdzie przesiadują bezczynni i włóczędzy, ciężką atmosferę ciasnych przestrzeni pogarszając jeszcze dymem z nieodstępnych „Kalyan,“ w każdym najmniéj zamożnym domu znajdziemy przyrząd do herbaty i pudełeczko z tabliczkami powyżéj opisanéj mięszaniny. Wszędzie téż łatwiéj z nią się spotkać i spróbować jéj smaku, aniżeli dostać czegoś bardziéj pożywniejszego.

Jeżeli nadmierne używanie tego rodzaju herbaty obciąża i sprowadza nieżyty żołądka, spodziewałem się, że zmyślni Persowie dla polepszenia sprawy trawienia zwrócą się do innego naparu, któremu przynajmniéj na Wschodzie ogólnie przypisują własności sprzyjania téj fizyjologicznéj czynności. Taką jest kawa. Przekonałem się jednak, że kawa w Persyi nie cieszy się takiém powodzeniem jak w Turcyi. Przeciwnie przesąd narzucony wpływem duchownych uważa ją za coś wstrętnego i ograniczając podawanie kawy tylko do dni zaznaczonych w życiu przykrém wspomnieniem, pozwala używać jéj przy pogrzebach lub innych domowych stratach. Rzadko téż u kogo da się odszukać choćby szczypta kawy. Ogół jéj nie używa. Zamożniejsi zaś jeżeli posiadają pewien jéj zasób, to zachowują go na pewne wyłączne okoliczności, jak np. przybycie gościa cudzoziemca, lub w celu pozbycia się kogoś z sobie nieprzyjaznych, częstując go kawą, wtedy naumyślnie przygotowaną i zawierającą stosownie do celu pewną, ilość pewną dawkę zwykle gwałtownie działającego środka! (C. d. n.).

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* Zakład krajowy w Kulparkowie mający łóżek 500, w r. 1885 wykazuje najwyższy stan chorych 491 o 164,320 dniach leczenia; z r. 1884 pozostało chorych 426, przyjęto w r. 1885 chorych 591, a więc wszystkich leczono 1017; z nich opuściło zakład wyleczonych 191, nieuleczonych 137, na żądanie rodziny wydalono 86, do innych zakładów przewieziono 8, zbiegło 4, umarło 126, razem 552.

* VII Wiec Związku lekarzy austryjackich odbędzie się, jak już wspomnieliśmy, w Insbruku w d. 6—8 września rb. Na porządku dziennym będzie: 1) Sprawozdanie względem utworzenia Izb lekarskich; 2) sprawozdanie względem zaprowadzenia szczepienia obowiązkowego; 3) względem obowiązkowéj służby szpitalnéj przed rozpoczęciem praktyki lekarskiéj; 4) organizacyi stanu lekarskiego według zasad samopomocy; 5) względem kas dla chorych należących do stowarzyszeń.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 lipca

umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32·5. Z płonicy umarło 1 (2 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). W tygodniu od 27 czerwca do 3 lipca umarło z ospy: w Wiedniu 3, w Warszawie 1, w Budapeszcie 6, w Pradze 1, w Rzymie 6, w Zurychu 2, w Paryżu 4, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie, Londynie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 9. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 12. Z odry umarło w Berlinie 26, w Wiedniu i Pradze po 15, w Paryżu 31, w Londynie 42, w Petersburgu 26. Z płonicy umarło w Budapeszcie 12, w Paryżu 17, w Petersburgu 20. Z błonicy i dławca umarło w Warszawie 10, w Berlinie 15, w Wiedniu 10, w Budapeszcie 17, w Paryżu 21, w Londynie 23. Z krztuśca umarło: w Paryżu 14, w Londynie 34.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 czerwca do 3 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,2; we Lwowie 36,2; w Brodach 30,6: w Drohobyczu 71,6; w Kołomyi 28,6; w Przemyślu 29,4; w Stanisławowie 35,7; w Tarnopolu 20,2; w Tarnowie 18,4; w Czerniowcach 30,6; w Warszawie 29,8; w Poznaniu 38,1; w Opawie 19,0; w Ołomuńcu 38,4; w Wiedniu 27,2; w Salcburgu 25,5; w Gracu 29,6; w Tryjeście 35,2; w Insbruku 30,8; w Pradze 37,0; w Berlinie 28,2; we Wrocławiu 29,9; w Gdańsku 24,5; w Dreźnie 26,1; w Hamburgu 27,5; w Kolonii 21,6; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 27,4; w Bazylei 16,9; w Brukseli 26,8; w Budapeszcie 35,1; w Chrystyjanii 19,1; w Genewie 16,6; w Kopenhadze 20,9; w Londynie 15,8; w Paryżu 22,5; w Petersburgu 32,3; w Rzymie 22.7; w Stokholmie 17,3; w Wenecyi 25,8; w Zurychu 18,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 lipca. Otrzymaliśmy pierwszy zeszyt *Wiadomości Lekarskich*, czasopisma miesięcznego, poświęconego wszystkim gałęziom wiedzy lekarskiéj, redagowanego i wydawanego przez Dra Wiktora we Lwowie. Oprócz artykułów oryginalnych, wyliczonych na właściwém miejscu niniejszego Nru zeszyt ten zawiera wyciągi z pism lekarskich, kronikę, korespondencyję i ogłoszenia. Format ósemkowy, papier i druk prezentują się wcale dobrze. W przedmowie redakcyja oświadcza, że nie ogłasza żadnego programu, bo z treści i układu łatwo wysnuć kierunek i zakres jéj działania. Jakkolwiek z jednego zeszytu kierunku tego i zakresu dokładnie jeszcze poznać nie można, witamy nowo to powstałe czasopismo lekarskie z koleżeńską życzliwością, w interesie medycyny polskiéj pragnąc, aby prosperowało i doczekało się długiego żywota.

[illegible] było dotąd gości 4259, w Gainfarn 848, w Giesshüblu 255, w Szczawnicy 1758.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** W miejsce Breiskiego Wydział lek. niemiecki ma proponować terno, a mianowicie: Bandla w Wiedniu, Schautę w Insbruku i Welponera w Tryjeście. — **Berno szwajcarskie.** Rektorem na rok przyszły wybrany okulista prof. Pflüger, a dziekanem Wydz. lek. prof. Kronecker. — **Genewa.** Prof. embryjologii Fol prosił o dymisyję i takową otrzymał. — **Giessen.** Dr. Fuhr habilitował się jako docent chirurgii. — **Monachijum.** Prof. Bollinger odzyskawszy zdrowie podjął znów swoje czynności. — **Tübinga.** Docent anatomii patolog. Dr. Nauwerck mianowany został profesorem nadzw. — **Moskwa.** Dr. Krjukow habilitował się jako docent okulistyki. — **Kazań.** Dziekanem wydziału lek. obrany został prof. chemii lek. Dr. Szczerbakow.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Kazimierz Pomian Kruszyński z Janówki w Ukrainie, Henryk Sokołowski z Tarnowa, Maryjan Bujalski z Witowie w Król. Polskiém, Tadeusz Wład. Jakubowski z Tarnowa, Waleryjan Momidłowski z Radłowa, Kaźmierz Sobolewski z Osieczan, Gwido Wyspiański z Brzeżan i Jan Kudas ze Stryja w Galicyi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 29: Grünbauma: Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Heringa: O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych przy t. zw. suchotach krtani napotykanych (dok.); Guranowskiego: Odpowiedź Drowi Heimanowi na artykuł p. t.: „Kilka słów z powodu artykułu Dra G. p. t. Przypadek szankra w uchu średniém; Bujwida: Kilka dalszych uwag o metodzie Pasteura. — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 1: Adamkiewicza: O budowie ciała i jądra zwojowego; Fingera: Ogólna terapija kiły; Schattauera: O dwóch laparotomijach z powodu wgłobienia jelit. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Z. II: Zaleskiego: Poszukiwania nad wątrobą; Mikulicza: Operacyja leczenia otoku ropnego w jamie Highmora; Berlinerblaua: Nowa synteza muskaryny: Fabiana: O warunkach powstawania i znaczeniu kliniczném podwyższenia ciepłoty w gorączce (c. d.); Bielińskiego: Doktorowie medycyny promowani w Wilnie; Krajewskiego: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu r. 1883 (c. d.).

Redakcyja otrzymała.

Dr. J. ROGOWICZ: O ciąży szyi macicznéj. (Odbitka z „Pamiętnika Tow. lek. warsz.“) Warszawa 1886, in 8vo str. 22.

Sprostowanie. W Nrze 29, str. 403, szp. I, wiersz 10ty od dołu zam. wymacania, winno być „wyrzucenia“.

Do Nru dzisiejszego dołącza się tablicę do rozprawy prof. Cybulskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Doświadczenie IV.

Pies. — Tracheotomii dokonano przed rozpoczęciem doświadczenia, również odsłoniono nerwy błędne. — Odległość kaniulki wstawionej do tętnicy udowej od podstawy serca 40 cm., tętnicy dogłowowej 22 cm. Badanie z początku w udowej, potém w dogłowowej i znowu udowej.

40 cm. = 30 mm. rtęci
22 „ = 17 „ „
62 „ = 47 „ „

Pozycyje	Parcie określone	Parcie obliczone	Różnica	Maximum	Minimum	Puls	Oddechanie	Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą	W której sek. maxim. zmiany	Parcie obliczone w t. dogłowowej lub udowej
A)	Tet. udow.									Dogłowowa
Poziomo	142			175	94	14	7			142
Gł. w dół w pierwszéj chwili	142	112	+ 30	154	122	12		$1\frac{3}{4}$	1	189
po $1\frac{1}{2}'$	104	112	—8	142	157	12	9			151
Gł. do góry	174	164	+ 10	199	164	30	3	2	4	127
po 1′	176	164	+ 12	208	140	21	3			129
Gł. w dół	118	116	+ 2	154	60	15	7			165
Gł. do góry	180	178	+ 2	210	154	25	2			133
Poziomo	172									172
B)	Dogłowowa									Udow.
Poziomo	176			182	130	34	8			176
Gł. w dół	186	197	—11	212	162	23	3	$1\frac{1}{2}$	1	139
Gł. do góry	158	152	+ 6	185	79			1	$3\frac{1}{2}$	205
po 1′	130	152	—22	138	110	27	3			177
Gł. w dół	196	164	+ 32	240	160	18	4	$1\frac{1}{2}$	$4\frac{1}{2}$	149
po $\frac{1}{2}'$	170	164	— 6	192	152	20	3			123
Gł. do góry	148	136	+ 12	190	120	31	3	$1\frac{1}{2}$	5	195
Gł. w dół	186	192	+ 24	232	104	14	3	1	4	139
po $\frac{1}{2}'$	180	192	+ 18	190	160	20	2			133
Poziomo	156	163	—7	186	124	18	2			156
Przecięcie nerwów błędnych.										
Poziomo	198			206	192					198
po 1′	206			212	196					206
Gł. w dół	212	224	—12	226	200			2	2	161
Gł. do góry	132	178	—46	168	108			$1\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$	177
Poziomo	142	148	—6	190				1	5	142
Gł. do góry	130	126	+ 4	176	108			1	7	175
Pies silnie się niepokoi.										
Gł. do góry po 1′	156	126	+ 30	180	106					201
Gł. w dół	208	188	+ 20	244	170			$1\frac{1}{2}$	$5\frac{1}{2}$	163
po 1′	218	188	+ 30	256	184					173
Gł. do góry	178	186	—8	240	106			$1\frac{1}{2}$	2	223
Poziomo	224			252	190					224
C)	Udowa									Dogłowowa
Poziomo	150			160	140					150
Gł. w dół	134	121	+ 13	162	100			2	9	179
Gł. do góry	186	192	+ 6	210	160			2	8	141
Pies również niespokojny.										
po 2′	240	192	+ 48	242	236					195
Poziomo	218			254	192					218
Gł. w dół	212	248	—36	242	190			2		165
Gł. do góry	170	152	+ 18	222	140					217
Sztuczne oddechanie.										
Poziomo	146	116	—6	120	104					157
Gł do góry	110	116	—6	120	104					157
Gł. w dół	146	170	— 24	152	136					91
—	110	170	—60	116	108					63
Gł. do góry	160	192	—32	178	140					179
Gł. w dół	160	192	—32	178	140					113

Doświadczenie V.

Kot. — Badano bezpośrednio po tracheotomii. Odległość kaniulki wstawionej do tętnicy udowej od serca 25 cm., odległość dogłowowej 15 cm.

25 cm. = 19 mm. rtęci
15 „ = 11 „ „
40 „ = 30 „ „

Pozycyje	Parcie określone	Parcie obliczone	Różnica	Maximum	Minimum	Puls	Oddechanie	Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą	W której sek. maxim. zmiany	Parcie obliczone dla tętn. udowej lub dogłowowej
	Udowa									Dogłowowa
Poziomo	178			196	160	25	4			178
—	184			204	160	21	4			187
Gł. w dół	164	166	—2	184	144	25	7		7	194
—	164	166	— 2	182	140	25	4			194
Gł. do góry	232	202	+ 30	246	166	29				202
—	220	202	+ 18	250	190	32				190
Gł. w dół	188	182	+ 6	200	136	20		$3\frac{1}{2}$	1	218
Poziomo	194	207	—13	216	170	28		$2\frac{1}{2}$	3	194
Gł. w dół	176	175	+ 1	204	136	23		2	4	206
Gł. do gory	200	214	— 14	220	174	31				170
po 4′	206	214	—8	212	186	31				176
Gł. w dół	160	188	—18	186	128	20				190
Po użyciu kurary.										
Poziomo	143			148	140	41				143
Gł. w doł	146	124	+ 22	176	122	35		$2\frac{1}{2}$		176
Gł. do góry	108	184	— 76	126	100					78
Głow. w dół	134	70	+ 64	162	110			3	2	164
Gł. do góry	102	172	—68	120	80			$2\frac{1}{2}$		42
Gł. w dół	198	64	+ 134	230	166			3	1	228
Głowa do góry	104	236	—132	134	75					74
Gł. w dół	130	66	+ 64	136	124					160
Poziomo	139	166	—27	143	134			4	3	139
Gł. do góry	116	177	—61	124	110					86
Gł. w dół	198	78	+ 20	208	188					228
Gł. do góry	104	236	—132	108	100	39				74
Gł. w dół	184	66	+ 118	200	160	34		$5\frac{1}{2}$	3	214
po 1′	138	66	+ 72	142	134					168
Gł. do góry	74	176	—102	164		34		3	7	44
po $\frac{1}{2}'$	70	176	—106			36				40
Gł. w dół	172	32	+ 110			38			7	172
po 1′	130	32	+ 98							160
Poziomo	120	149	—29							120

Doświadczenie VI.

Pies — Odległość tętnicy udowej od serca 25 cm. od głowy 45 cm.

25 cm. = 19 mm. rtęci
45 „ = 39 „ „
70 „ = 58 „ „

Pozycyje	Parcie określone	Parcie obliczone	Różnica	Maximum	Minimum	Puls	Oddechanie	Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą	W której sek. maxim. zmiany	Oblicz. parcie dla tętn. udowej lub dogłowowej
	Udowa									Dogłowowa
Poziomo	155			179	131	33	9			155
—	153			163	143	27	9			153
—	140			155	125	24	5			140
Gł. do góry	140	159	—19	190	128	26	7	1	1	106
po 15″	186	159	+ 27	198	156	18	3			152
po 2′	162	159	+ 3	170	134	25	5			128
po 10′	162	159	+ 3	166	154	27	9			128
Poziomo	134	143	—11	178	108	26	7			134
Gł w dół	132	115	+ 17	150	110	27	11	1	$1\frac{1}{4}$	166
Głowa do góry	134	170	—36	160	130	28	11	$1\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$	100
po 1′	152	170	—18	168	146	28	12			118
Głowa w dół	126	114	+ 12	162	94	18	12	$1\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$	160
Poziomo	140	155	—15	152	124	27	10			140
Gł. do góry	156	159	— 3	176	140	28	12	1	$\frac{1}{2}$	122
Głowa w dól	136	118	+ 16	160	116	29	8	2	6	170
Poziomo	132	174	—42	148	120	33	10			132
—	137			144	130	34	9			137
Głowa do góry	148	156	—8	154	144	37		3	$1\frac{1}{2}$	114
po 15″	142	156	—12	154	134	36				108
Głowa w dół	116	104	+ 12	126	112	31		1	2	150
Głowa do góry	142	154	—12	152	132	36		2	2	108

Pozycyje	Parcie określone	Parcie obliczone	Różnica	Maximum	Minimum	Puls	Oddechanie	Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą	W któréj sek. maxim. zmiany	Parcie obliczone w tętn. dogłowowéj lub udowéj
Sztuczne oddechanie.										
Poziomo	120			130	112	21	13			120
Głową do góry	138	139	—1	154	128	30	13	2	2	104
Głową w dół	112	100	+ 12	124	98		13	1	4	146
po 15′	103	100	+ 3	110	96		13			137
Głową do góry	134	141	—7	140	128		13	2	2	100
Poziomo	124	115	+ 9	138	118	30	13	2	2	124
Po zastrzyknięciu kurary.										
Poziomo	82			84	78	30				82
Gł. do góry	90	101	—11	116	78	31		2	2	56
po 30″	64	100	—36	66	62	30				30
Głową w dół	60	24	+ 36	72	46	28		1	2	94
po 1′	78	24	. 52	82	76	30				112
Gł. do góry	88	116	—28	106	84	31		2	2	54
po 30″	80	116	—36	84	76	31				46
Głową w dół	76	42	+ 34	88	64	29		3	2	110
Przecięcie nerwów błędnych.										
Poziomo	94			110	84	32				94
Gł. do góry	52	113	—61	58	50	32				18
Głową w dół	50	14	+ 36	60	30	32		2	1	84
po ½′	76	12	+ 64	80	72	32				110

Doświadczenie VII.

Pies średniéj wielkości; odległość *femoralis* od podstawy serca 45 cm.,
dogłowowéj 25 cm., słup krwi 45 cm. = 34 mm. rtęci,
" " 25 " = 19 " "

Różnica między poziomem tętnicy dogłowowéj (od *glandula thyroidea*) i *femoralis* = 70 cm. = 53 mm. rtęci.

Pozycyje	Parcie określone	Parcie obliczone	Różnica	Puls	Oddechanie	Dogłowowa
Poziomo	196					196
Gł. do góry	200	230	—30	22	1	147
Gł. w dół	192	132	+ 60	19	3	245
po ½′	188	132	+ 56	14	5	241
Gł. do góry	220	256	—36	23		167
Poziomo	196	194	+ 2	20	2	196
—	207	194	—10	23	3	204
Gł. w dół	156	173	—17	23		209
po 1′	164	173	—11	17		207
Gł. do góry	200	232	—32	29	1	147
Poziomo	176			31		176
Gł. do góry	176	210	—36			128
po 15″	212	210	+ 2	33		159
po 30″	196	210	—14	46		143
Gł. w dół	168	128	+ 40	16		221
po 2′	168	128	+ 40	17		221
Gł. do góry	168	236	—68	40		115
po 1′	200	236	—36	50		147
po 1′	204	231	—32	50		151
Gł. w dół	160	136	+ 24	20		213
Poziomo	184	194	—10	27		184
Przecięcie nerwów błędnych.						
Poziomo	196			51		196
Gł. do góry	184	230	—46			131
po ½′	194	230	—30			141
po ½′	189	230	—41			136
Gł. w dół po 30″	234	121	+ 13			263
Poziomo	200	268	—68			200
Gł. do góry	192	234	—42			139
po ½′	174	234	- 55			126
Gł. w dół	266	111	+ 155			319
po 2′	194	134	+ 60			247

W tym kierunku zmiany trwały daléj.

Doświadczenie VIII.

Kot. badanie w tętnicy udowéj. Odległość kaniulki w tętnicy udowéj od podstawy serca 25 cm., dogłowowéj 16 cm., 25 cm. słup krwi = 19 mm. rtęci. Odległość dogłowowéj od podstawy serca = 16 cm. = 11 mm. rtęci, odległość dogłowowéj od udowéj = 30 mm.

Pozycyje	Parcie określone	Parcie obliczone	Różnica	Maximum	Minimum	Tętno	Ile sek. trwało przejście z 1 pozycyi w drugą.	W któréj seku. maxim. zmiany	Parcie oblicz. dla tętnicy udowéj lub dogłowowéj
	Udowa								Dogłowowa
Poziomo	108			111	104	30			108
—	106			112	102	38			106
Gł. w dół	86	87	—1	92	82	38	6		110
Gł. do góry	96	124	—28	106	84	41	2½	6	66
—	106	124	—18	116	100	40			76
Gł. w dół	102	64	+ 38	118	94	26	6	5	132
—	100	64	+ 36			30			130
Gł. do góry	82	120	—48	92	74	42	3	5	52
—	105	120	—15	110	106	42			75
Przy ścisk. brzucha	128	98							98
—	148								118
Przecięcie nerwów błędnych.									
Poziomo	117			122	112	38			117
Gł. w dół	100	98	+ 2	126	96	38	2	9	138
Gł. do góry	126	138	—12	140	112	39	3	3	96
—	138	138	—	142	130	39			108
Gł. w dół	128	100	+ 28	112	104		3	3	158
Gł. w dół	100	100	—	108	93	38			130
Gł. do góry	124	138	—14	134	114	38	2	4	94
—	128	138	—10	132	123	40			98
Gł. w dół	128	90	+ 38	136	112	37			158
—	106	90	+ 16	112	100	37			136
Poziomo	132	87	+ 45	149	124	40	2	1	132
—	130	87	+ 43	140	118	40			130
Gł. do góry	134	149	—15	142	125	39			104
Gł. w dół	122	96	+ 26	138	118	40	2½	3	152
—	166	96	+ 10	110	104	40			136
Gł. do góry	128	144	—16	140	114	41	2	3	98
—	140	144	—4	148	132	43			118
Gł. w dół	138	102	+ 36	154	124	41	1½	1½	168
—	110	102	—8	118	100	39			140
Poziomo	122	129	—7	135	110	39			122
—	127	129	—2	138	116	36			127
Sztuczne oddychanie.									
Poziomo	124	129	5	130	114	36			124
Gł. w dół	102	105	—3	108	96	37			132
Gł. do góry	124	140	—16	134	116	36			94
Poziomo	116	105	+ 11	122	108				116
Po zastrzyknięciu kurarą.									
Poziomo	76			84	70	31			76
Gł. do góry	116	105	+ 11	122	102	26	2	1	86
—	124	105	+ 19	130	120	28			94
Gł. w dół	126	86	+ 40	143	104	29	2	3	156
—	150	86	+ 64	154	146	28			180
Gł. do góry	146	188	—42	186	120	27	2	3	116
—	86	188	—102	90	84	27			56
Gł. w dół	96	48	+ 48	120	68	29	2½	4	126
—	140	48	+ 92	147	134	29			170
— po 8′	106	48	+ 58	110	104	15			136
Przecięcie rdzenia pacierzowego.									
Poziomo	38			40	34	28			38
Gł. w dół	26	19	+ 7	30	22	28	1	3	56
Gł. do góry	40	64	—24	52	28	28	2	4	10
—	37	64	—27	42	32	30			7
Gł. w dół	45	- 1	+ 46	52	38	32			75
—	30	—1	+ 31	34	26	30			60
Gł. do góry	40	68	- 28	54	26	29	1½	3	10
—	36	68	—32	37	36	34?			6
Gł. w dół	42	—2	44	52	18	32	1½	4	72
—	26	—2	+ 28	30	24	29			56
Poziomo	28	45	—17	30	26	29			28
Gł. do góry	30	47	—17	36	24	29			—
Ściskanie brzucha	52	47	- 5	56	48	29			33
Gł. w dół	24	14	+ 10	26	22	30			74
Gł. do góry	29	62	—33	36	22	24?			1
Ściskanie brzucha	44	62	—18	52	36	18?			14
Gł. w dół	26	6	+ 20	30	22	30			56

Kraków. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem A. M. Kosterkiewicza 1886.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 31 lipca 1886. — № 31. — Rok XXV.

I. Z zakładu anatomii patologicznéj prof. Browicza w Krakowie.

O nerwikach wykrytych w osłonce pni nerwowych (nervi nervorum periphericorum).

Przez Dra Jana Prusa,
asystenta kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 7 lipca 1886).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Zapytać się teraz musimy jakie znaczenie przypisać należy owym niebieskim niteczkom, występującym w osłonce pni nerwowych wśród wstrzykiwania błękitu metylenowego do żyły zwierzęcia?

Zważywszy, że błękit metylenowy wstrzyknięty do ustroju zwierzęcia barwi przedewszystkiém zakończenia nerwów czuciowych, przypuścić musimy, że niteczki powyżéj opisane są również zakończeniami nerwów czuciowych, rozgałęziających się w osłonce pni nerwowych.

Nim przystąpię do szczegółowego omówienia, o ile przypuszczenie to jest uzasadnioném, przytoczyć muszę tłumaczenie, jakie Ehrlich podaje w odpowiedzi na pytania: 1) dla czego błękit metylenowy barwi nerwy i 2) dla czego pewne nerwy barwią się błękitem metylenowym. Ze względu że ani fuksyna ani safranina nie barwią żywych nerwów, przypuścił Ehrlich, że wspomniana własność błękitu metylenowego zawisła przedewszystkiém od obecności siarki, która wchodzi w skład chemiczny tegoż barwika. Na poparcie tego przypuszczenia użył Ehrlich innych barwików zawierających siarkę, a mianowicie tioninu i dimetyltioninu i przekonał się, że ciała te barwią również nerwy żywe. Następnie użył do doświadczeń zieleni dimetylfenylenowéj, która posiada ten sam niemal skład chemiczny co błękit metylenowy, różni się jednak tylko brakiem siarki. Otóż barwik ten nie zabarwił wcale włókien nerwowych. Na podstawie tych spostrzeżeń twierdzi Ehrlich, że błękit metylenowy zawdzięcza swą własność barwienia nerwów żywych obecności siarki. W odpowiedzi na drugie pytanie, t. j. dla czego nie wszystkie zakończenia nerwowe barwią się błękitem metylenowym, przytacza przedewszystkiém fakt, że u żab nerwy smakowe wtedy pięknie się barwią błękitem metylenowym, jeżeli język żaby wyciągniętym jest z pyszczka i w ten sposób wystawionym jest na działanie powietrza atmosferycznego, gdy tymczasem w przypadkach, w których język przylega do podniebienia, nerwy smakowe trudno się barwią. W obec tego sądzi Ehrlich, że dokładniejsze nasycenie zakończeń nerwowych tlenem sprzyja zabarwieniu błękitem metylenowym. Powtóre przywodzi na pamięć spostrzeżenie, że z zakończeń nerwów ruchowych barwią się błękitem metylenowym te właśnie nerwy, które przy doświadczeniach z błękitem alizarynowym okazały się być najwięcéj nasyconemi tlenem, a mianowicie zakończenia nerwów w mięśniach oka, krtani i przepony. To tłumaczenie nie jest jeszcze według Ehrlicha wyczerpującém, gdyż nie wszystkie włókna nerwowe barwiące się błękitem alizarynowym (okazujące więc dostateczne nasycenie tlenem) barwią się błękitem metylenowym. Z tego zaś wynika, że jeszcze inny jakiś czynnik odgrywa tu ważną rolę. Do wykrycia tego drugiego czynnika doszedł Ehrlich drogą następującą: Zważywszy, że tionin, dimetyltionin i metylenazur barwią zakończenia nerwowe różowo, a powtóre, że barwiki te pod wpływem alkalijów przybierają barwę różową, wysnuł wniosek, że te właśnie włókna nerwowe, które barwią się w ustroju zwierzęcia wspomnianemi barwikami, muszą oddziaływać alkalicznie. Oddziaływanie więc alkaliczne nerwów żywych ma być owym drugim warunkiem, niezbędnym do wystąpienia barwy błękitnéj w zakończeniach nerwowych wśród wstrzykiwania błękitu metylenowego do żyły zwierzęcia. Z tego wynika dalszy wniosek, że w ustroju posiadają nerwy różne oddziaływanie chemiczne, a mianowicie niektóre z nich oddziaływają alkalicznie, inne kwaśno a niektóre obojętnie.

Przy tej sposobności nawiasowo wspomnieć muszę, że według Ehrlicha błękit metylenowy nie zmienia wcale swéj barwy za dodaniem alkalijów żrących. Błękit jednak metylenowy używany przeze mnie do doświadczeń zmieniał barwę swą niebieską na fijołkową po dodaniu kilku kropli ługu potasowego, a co ważniejsza rozczyn ten alkaliczny barwił nerwy pięknie różowo lub fijołkowo. Nie chcąc zaprzeczać podaniu Ehrlicha przypuścić muszę, że barwik, którym rozporządzałem, nie był czystym, lecz zawierał domieszkę tioninu lub innego podobnego barwika.

W obec tych wywodów Ehrlicha nie ulega wątpliwości, że opisane przeze mnie włókna, barwiące się błękitem metylenowym a rozgałęziające się w osłonkach nerwów, są przyrody nerwowéj.

Aby jednak tém pewniejszego dostarczyć dowodu i gruntowniéj uzasadnić moje przypuszczenie musiałem przedewszystkiém stwierdzić, jak zachowują się wspomniane włókna względem dotychczas znanych barwików uwydatniających włókna nerwowe.—Jak wiadomo pierwszy Cohnheim podał sposób śledzenia delikatnych końcowych rozgałęzień nerwowych, ogłaszając metodę barwienia nerwów rogówki za pomocą chlorku złota. Sposób postępowania jest następujący: rogówkę świeżą zanurza się w półprocentowym rozczynie chlorku złota na czas krótki a następnie przenosi się ją do wody zakwaszonéj kwasem octowym na dni kilka. Pod wpływem światła nerwy redukują chlorek złota, barwiąc się najprzód żółto, późniéj czerwono, a wreszcie niebieskawo-czarno. Metoda ta, aczkolwiek prosta, ma jednak tę wielką wadę, że często z przyczyn nieodgadnionych zawodzi, tak, że niektórzy histologowie, jak np. Frey, nazwali ją wprost kapryśną. Nic więc dziwnego, że usiłowano określić bliżéj warunki, śród których barwią się najlepiéj włókna nerwowe chlorkiem złota. Z pomiędzy wielu modyfikacyj najwięcéj uznania zyskała sobie metoda Ranviera. Według téj też metody przedsięwziąłem barwienie pni nerwowych, przy czém postępowałem w sposób następujący. Wyciąwszy z żyjącéj żaby lub królika kilkanaście pni nerwowych długości 1 cm. zamoczyłem je najprzód bezpośrednio w soku świeżo z cytryny wyciśniętym i przesączonym. Po 30 minutach opłukiwałem je w wodzie destylowanéj a następnie wkładałem je do jednoprocentowego rozczynu chlorku złota, w którymto płynie zostawiałem je przez czas już to krótszy (10 minut) już też dłuższy (godzinę lub $1\frac{1}{2}$) stósownie do grubości pnia nerwowego. Opłukawszy je następnie w wodzie bardzo starannie, zanurzałem je w kwasie mrówkowym rozcieńczonym poczwórną ilością wody na przeciąg 12 lub 24 godzin. Wśród tego czasu przybierają nerwy barwę czerwoną, następnie fijołkową a wreszcie prawie czarną lub stalową. Nerwy cieńsze w ten sposób zabarwione przenoszę do gliceryny, grubsze zaś pnie nerwowe wkładam na dwa dni lub dłużéj do wyskoku, który z jednéj strony wstrzymuje dalszą redukcyję a z drugiéj strony stwardnia tkaninę tak, że takową po zatopieniu w celoidynie łatwo można krajać za pomocą mikrotomu. Preparaty leżące w glicerynie można wprost badać pod drobnowidem, skrawki zaś stwardniałe w wyskoku wkładam wprzód do olejku gwoździkowego, w którym stają się przeźroczystemi.

W preparatach rozpatrywanych za pomocą średnich powiększeń uderzają najprzód różowo lub fijołkowo zabarwione włókna nerwowe, wchodzące w skład pnia nerwowego. Dokładniejsze badanie zaś poucza, że w pokładzie znajdującym się albo tuż powyżéj wspomnianych nerwów, albo też pod niemi, co ocenić można łatwo przez stósowne kręcenie śrubką mikrometryczną, przebiega delikatna siatka, składająca się z nitek ciemno fijołkowo lub czarno zabarwionych, dążących głównie poprzecznie do pnia nerwowego, a rozgałęziających się na coraz delikatniejsze niteczki. Załączona rycina przedstawia dokładnie ową siatkę (obacz *N*). Tu i owdzie widzieć można nadto bardzo cienkie włókienka, również dzielące się, nieprzebiegające jednak na znaczniejszéj przestrzeni (obacz *n*). Włókna zaś jednostajnie grube, oznaczone przez *P* są nerwami pnia. Naczynia krwionośne barwią się zazwyczaj żółto (obacz *T*). Że siatka wspomniana leży w oslonce pnia, tego dowodzi właśnie co opisane zachowanie się obrazu mikroskopowego względem płaszczyzny, w któréj przebiegają nerwy wchodzące w skład pnia, a powtóre fakt, że na brzegach preparatu gdzie nie widać wcale grubych włókien pnia nerwowego, lecz tylko blaszki osłonkowe, stwierdzić można również obecność podobnéj siatki (obacz *s*).

Nerwy stwardniałe w wyskoku krajałem w części podłużnie, w części zaś poprzecznie. Łatwo pojąć, dla czego w preparatach w ten sposób sporządzonych siatka włókien przebiegających w osłonce nerwu była najskromniejszą. W poszczególnym bowiem skrawku znajdować się mógł szczupły tylko rąbek osłonki podlużnie lub poprzecznie przeciętéj. Tego rodzaju preparata mają atoli tę dobrą stronę, że pozwalają ocenić dokładnie położenie siateczki w mowie będącéj względem włókien nerwowych w skład pnia wchodzących. Siatka ta rozgałęzia się głównie w tak zwaném *„perineurium“*, a tu i owdzie wnika do *„endoneurium“*.

Porównawszy preparata barwione chlorkiem złota z preparatami otrzymanemi przez wstrzykiwanie błękitu metylenowego do ustroju żyjącego zwierzęcia przyznać musimy, że siatki uwidocznione tak jedną jak i drugą metodą odpowiadają sobie w zupełności. Dowodzi bowiem tego nie tylko ich jednakowe umiejscowienie w osłonkach pni nerwowych, ale także ich przebieg i sposób rozgałęzienia. Różnica zachodzi tylko pod względem bogactwa i gęstości siatki. Jak już wspomniałem, siatka otrzymana chlorkiem złota jest zazwyczaj gęstszą i okazalszą niż siatka, jaką przedstawić można za pomocą błękitu metylenowege. Jeżeli jednak uwzględnimy, że przy zastósowaniu téj lub owéj metody otrzymuje się raz gęstszą a innym razem mniéj piękną siatkę, to różnicy téj nie przypiszemy żadnéj donioślejszéj wagi, gdyż różnice te polegają bezsprzecznie na czynnikach pobocznych.

W ten więc sposób dostarczyliśmy podwójnego dowodu, że siatka, rozgałęziająca się w osłonkach pni nerwowych, jest niewątpliwie przyrody nerwowéj, a w obec tego włókna, tworzące tę siatkę, nazwaćby można nerwikami nerwów *(nervi nervorum)*.

Na tém miejscu nie mogę żadną miarą pominąć uwagi, że L. Hirschfeld w tomie IVtym swéj anatomii (układ nerwowy i przyrządy zmysłowe) na str. 159 pisze o nerwach ośrodków nerwowych te słowa:

„Badając tętnice mózgowia, poprzednio nastrzykane i przez długi czas przechowywane w kwasach łatwo spostrzedz można nitki bialawe, które spajając się z sobą tworzą rodzaj splotów, otaczających tętnice. Nitki te już gołém okiem widzialne, sąto nerwy, jak o tém jeszcze lepiéj za pomocą drobnowidu przekonać się można. Znajdują się one w znacznéj liczbie w okolicy sześcioboku tętniczego, i ztąd, roz-

chodząc się promieniami, towarzyszą rozgałęzieniom tętnic i wraz z niemi wnikają w głąb mózgowia. Jakkolwiek bez wątpienia większa część tych nerwów udaje się do naczyń, mogłem jednakże stwierdzić, że niektóre z nich zaopatrują wyłącznie tylko mózgowie i z tego właśnie powodu w rozprawie mojéj o tym przedmiocie wraz z p. Bourgery (1845) Akademii nauk w Paryżu przedstawionéj, nazwaliśmy je „*Nervi nervorum*".

Jak widzimy, nazwę tę *nervi nervorum* wprowadził już Hirschfeld, tu jednak z naciskiem uwydatnić muszę, że nazwa ta odnosi się do nerwów zaopatrujących tylko ośrodki nerwowe. W obec tego, aby uniknąć możliwego nieporozumienia, sądzę, iż najodpowiedniejszą będzie rzeczą określić bliżéj nazwę dla nerwików przeze mnie wykrytych, mianując je nerwikami nerwów obwodowych *(nervi nervorum periphericorum)*, w przeciwstawieniu do nerwów ośrodków nerwowych, wykrytych przez Hirschfelda.

Nadto nadmienić muszę, że Krause (obacz Schwalbe *Neurologie)* użył nazwy *nervi nervorum* dla delikatnych nerwów, które zaopatrują grubsze tętniczki, przebiegające wzdłuż pni nerwowych. Nerwy te jednak nie są rzeczywiście nerwikami nerwów w ścisłém tego słowa znaczeniu, lecz nerwikami naczyń. Wreszcie wspomnieć należy, że wielu neuropatologów jak np. Benedikt, Erb, Baerwinkel, Eulenburg itd., opierając się na spostrzeżeniach klinicznych, przypuszczają istnienie nerwików nerwów, nie dostarczają atoli w tym względzie żadnego anatomicznego dowodu. (Dok. n.).

II. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Przypadki te są następujące:

1. Władysław Goldfinger, chłopiec 4-letni, przyjęty do szpitala 9 lutego 1879. Podług wywiadów została na kilka dni przed zachorowaniem wykonaną tonsilotomia migdałka lewego, w dniu poprzednim 8/2 wymioty i wybuch wysypki. Chory dobrze odżywiony, kościec prawidłowy, obwód czaszki 50cm., wymiar prosty 16$^2/_3$, poprzeczny 15, przy obwodzie klatki piersiowéj 57cm., a długości ciała 91cm. Na skórze całego ciała wybitna wysypka płonicowa, migdał lewy przedstawia równocięty wrzód pokryty brudnoszarą wypociną, migdał prawy obrzękły pokryty błoną grubszą żółtawą. W płucach szmery oddechowe zaostrzone, śledziona niemacalna. Chory przytomny lecz odurzony. Ciepłota wieczorna 39·8°, tętno 140, pełne. Przebieg choroby był ciężki.

10/2	ciepłota r. 38·6°, c. w. 38·8°	Mocz badany 11/2 nie zawierał białka, chlorki zmniejszone.
11/2	„ „ 38·5°, „ „ 38·8°	
12/2	„ „ 38·6°, „ „ 38·9°	
13/2	„ „ 38·6°, „ „ 39·0°	
14/2	„ „ 38·4°, „ „ 38·5°	Wysypka płonicowa bledła 13/2, natomiast zajęty błonicą cały języczek a w dzień następny całe podniebienie miękkie. Języczek zniszczony.
15/2	„ „ 38·0°, „ „ 38·6°	
16/2	„ „ 38·4°, „ „ 38·9°	
17/2	„ „ 39·2°, „ „ 39·0°	
18/2	„ „ 38·8°, „ „ 39·7°	
19/2	„ „ 38·0°, „ „ 39·0°	
20/2	„ „ 37·4°, „ „ 38·0°	
21/2	ciepłota r. 37·6°, c. w. 38·1°	Obrzęk znaczniejszy gruczołów podszczękowych. Śledziona stała się macalną, bolesną za dotykiem.
22/2	„ „ 37·9°, „ „ 38·4°	
23/2	„ „ 38·2°, „ „ 38·3°	
24/2	„ „ 38·0°, „ „ 38·6°	
25/2	„ „ 38·1°, „ „ 38·6°	Wrzody rozpadlinowe na błonie śluzowéj gęby i warg.
26/2	„ „ 37·9°, „ „ 38·7°	Stan wciąż jednaki sprawa błonicowa powoli tylko ustępuje.

27 lutego c. r. 38·8, c. w. 38·6°. Mocz badany w pracowni prof. Stopczańskiego był barwy bladowinożółtéj, oddziaływania b. słabo kwaśnego, ciężaru gat. 1·014, osad w ilości zwykłéj, mocz zawierał uroksantyn w ilości zwiększonéj, mocznik zaledwie prawidłowy, kwas moczowy i chlorki w ilości prawidłowéj, fosforany ziemne zmniejszone, fosforany potasowców prawidłowe, siarkany prawidłowe. W osadzie zwykłe składniki. 28/2 c. r. 36·5°, obrzęk surowiczy około kostek obydwu odnóg dolnych, odnogi dolne niedowładne, chory nie może ich podnieść, czucie i odruchy przytępione, przy drażnieniu podeszew ledwo odnoga nieco się cofa. Chory przytomny zupełnie, nie żali się na żaden ból lecz kaszle więcéj; w płucu lewém, zwłaszcza w płacie dolnym i w szczycie, liczne rzężenia i trzeszczenia, wypuk nieco krótszy. Tętno słabe lecz regularne. Mocz oddaje w ilości dostatecznéj i jest prawidłowy, c. w. 38·6. 1 marca c. r. 38·0°. Czucie i władza w odnogach dolnych znów nieco lepsze, odnoga lewa zawsze jednak wyraźnie niedowładna. Obrzęk surowiczy w jednakowym stopniu. Źrenice prawidłowéj szerokości, połykanie odbywa się należycie. W płucu lewém wyraźne objawy zapalenia. Tętno pełniejsze. Moczu ilość znaczna, c. w. 38·5°. 2/3 c. r. 38·2. Prócz przemijającego bólu głowy stan ten sam, po południu dreszcze, nudności i wymioty, c. w. 39·4°, silny ból głowy. 3/3 c. r. 37·0°. Nieprzytomność, bladość trupia, oko prawe przymknięte, źrenice obu oczu rozszerzone, prawa połowa ciała w ciągłych przerywanych drgawkach, tętno słabe, nieregularne, skóra wilgotna. Mocz od północy miał już 2 razy oddać pod siebie w ilości znacznéj. Stolce wolne. Popołudniu drgawki ustały, śpiączka, bladość trupia, oddech utrudniony, przyspieszony, w płucach rzężenia wilgotne grubobańkowe; uderzenia serca tłumne, tumultuarne, przytém słabe, tętno nitkowate. Obrzęk około kostek ledwo widoczny, zresztą nigdzie go nie ma. Czucie zupełnie zniesione. Od 6ciu godzin moczu nie oddał. Pęcherz moczowy wypełniony. Po wypuszczeniu cewnikiem dość znacznéj ilości moczu odesłano go do pracowni chemicznéj, rozbiór wykazał: Mocz barwy winożółtéj, oddziaływania kwaśnego, ciężaru gatunkowego 1·035 osadu w ilości zwiększonéj, zawiera w rozczynie: uroksantyn w ilości zwiększonéj, mocznik i kwas moczowy zwiększonéj, chlorki prawidłowéj, fosforany i siarkany w ilości zwiększonéj. Białka bardzo mała ilość, chlorany w znacznéj ilości. W osadzie moczany w znacznéj ilości. Wieczorem wystąpiły jeszcze raz drgawki po stronie prawéj a o godzinie 8éj chory umarł.

Rozpoznanie nasze brzmiało zatém po dłuższém zastanawianiu się nad istotą drgawek i ich przyczyną: *Scarlatina cum angina diphtheritica sbs. paralysi extremitatum inferiorum et bronchopneumonia sinistra. Nephritis incipiens et uraemia.*

Sekcyja wykonana 5 marca 1879 wykazała: *Bronchitis purulenta et atelectasis disseminata bilateralis. Pneumonia catarrhalis lobi inferioris sinistri, emphysema subpleurale pul-*

monis dextri. Hydrops subarachnoidalis cum hydrocephalo minoris gradus interno. Melanosis lienis tumidi insignis. Infiltratio adiposa hepatis, catarrhus chronicus intestini tenuis sbs. hyperplasia exquisita glandul. mesaraic. Residua diphtheriae faucium. Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy: „Czaszka prawidłowa symetryczna, do wewnętrznéj powierzchni przylega silnie opona twarda. W zatoce podłużnéj *(sinus falciformis major)*, jakotéż w żyłach do niéj wpadających obfite świeże ciemno-czerwone skrzepy krwi. Opony miękkie surowiczo obrzękłe, w przestworach podpajęczych znaczniejsza ilość cieczy surowiczéj jasnéj. Zwoje mózgu wyraźne, rowki miernie głębokie, na rozkroju istota korowa szerokości prawidłowéj wyraźnie od rdzeniowéj odgraniczona; w téj ostatniéj widać tylko tu i owdzie ciemnoczerwone prążki lub kropki. Komórki mózgowe nieco rozszerzone zawierają mierną ilość cieczy surowiczéj, jasnéj (łyżkę stołową). Wyściółka blada, gładka". Nerki, których stan ze względu na rozpoznanie nasze mocznicy, był bardzo ważny przedstawiały się jak następuje: „Nerki prawidłowéj wielkości, torebka schodzi łatwo z powierzchni gładkiéj bladoróżowawéj, na rozkroju istota korowa szerokości prawidłowéj dokładnie od pyramid ciemnoczerwonych odgraniczona okazuje liczne smugi lub kropki ciemnoczerwone, konsystencyja prawidłowa. W istocie korowéj nerki lewéj widocznych kilka miejsc na 1cm. długich blado-żółtawo jednostajnie zabarwionych niedokładnie od pyramid odgraniczonych przytém nieznacznie wypuklających się ponad powierzchnię. Prążków lub kropek ciemnoczerwonych bardzo mało". Rdzeń pacierzowy nie został zbadany, z tego powodu nie mamy wyjaśnienia dla niedowładu odnóg dolnych.

Podobnie zatém jak w ostatnich chwilach chorego staliśmy pod względem rozpoznania nowego obrazu chorobowego przed pytaniem mocznica czy wodogłowie ostre? tak samo i po wykonaniu sekcyi znaleźliśmy się jeszcze w tém samém położeniu, z tą tylko różnicą, że ze stanowiska klinicznego skłanialiśmy się więcéj do rozpoznania mocznicy i to na podstawie licznych przypadów, które poniżéj omówimy, podczas gdy obdukcyja ze względu na stan nerek, okazujących według obducenta zaledwo tylko początki zapalenia nerki lewéj i na brak jakiegokolwiek obrzęku surowiczego skóry lub wysięków surowiczych w jamach ciała, stwierdziła tylko obecność wodogłowia, *hydrocephalus*. Szukając atoli przyczyny tego wodogłowia, pytać się musimy, czy powstał on na drodze zapalnéj czy téż nie. W pierwszym razie mogłoby to być albo wodogłowie ostre albo przewlekłe. Gdyby to było wodogłowie ostre, to wysięk nie byłby jasny i surowiczy, lecz musiałby być mętny, sploty naczyniowe musiałyby być mocno czerwone, tu i owdzie nawet ropą pokryte, czego w tym przypadku nie było. Zresztą nie moglibyśmy także wytłumaczyć obecności płynu surowiczego w przestworach podpajęczych, zresztą niezmienionych. Gdyby to zaś miał być wysięk komórkowy chroniczny, wyszły z d a w n i é j przebytego zapalenia splotów naczyniowych w komórkach, to 1) musielibyśmy mieć także inne znamiona świadczące o długotrwałości tego cierpienia, jakoto uciśnięcie miąższu mózgowego, zmiany na ependyma itp. a 2) nie możemy do cierpienia przewłocznego odnieść objawów spostrzeżonych dopiero na 2 dni przed śmiercią. Jeżeli zaś wysięk ten w komórkach i w przestworach podpajęczych nie powstał na drodze zapalnéj a jest świeży, to zależeć tylko musi od świeżych, nie długotrwałych zaburzeń w stosunku krążenia śródczaszkowego. Przyczyna zaburzeń w krążeniu albo tkwić musi w naczyniach krwionośnych, albo we krwi saméj: przyczyną zaburzeń w naczyniach krwionośnych mogły w naszym przypadku być tylko drgawki. Dla drgawek tych atoli żadnéj innéj przyczyny wynaleźć nie możemy jak tylko sprawę m o c z n i c o w ą, t. j. zadrażnienie odpowiednich ośrodków mózgowych krwią zawierającą składniki moczu, ponieważ wszystkie inne przyczyny eklampsyi wykluczyć możemy, tak ze względu na przebieg kliniczny, jak i na wynik sekcyi. Jeżeli zaś przyczyna zaburzeń w krążeniu ma tkwić we krwi saméj, to skład jéj musi być zmieniony; żeby przyszło do wysięków to gęstość *serum* krwi musi być zmniejszoną, obok podwyższenia parcia ościennego w systemie tętniczym. Dla zmiany jakości krwi w przypadku naszym również innéj przyczyny znaleźć nie możemy jak tylko sprawę mocznicową. Czy więc przyczyną wysięku w komórkach były drgawki, czy téż przyczyną drgawek był wysięk w komórkach, w każdym razie zależeć one tylko mogły od sprawy mocznicowéj. Widzimy zatém, iż wynik sekcyi nie sprzeciwia się przyjęciu za przyczynę wysięków komórkowych sprawy mocznicowéj. Co się zaś tyczy przypadów zauważanych za życia, na którychto podstawie rozpoznaliśmy właśnie mocznicę, to były one następujące: 1) wystąpienie objawów poniżéj przytoczonych w następstwie płonicy i to w 3 tygodnie po erupcyi, zatém w okresie, kiedy najczęściéj przystępuje zapalenie nerek, 2) poprzedzenie ich na kilka dni obrzękiem surowiczym stóp, 3) rozpoczęcie szeregu objawów od dreszczów, bólu głowy, nudności i wymiotów, i natychmiastowe prawie potém rozwinięcie się przypadów mózgowych. Okres poprzedzający zapalenia opon splotów naczyniowych t r w a d ł u ż é j; nie ma n u d n o ś c i lecz wymioty następują bardzo łatwo i obficie, w okresie tym bywa uparte zatrzymanie stolca, zresztą bywa już wyraźna nieregularność tętna, chwilowe zwolnienia jego, czego w przypadku tym wcale nie było. 4) Równocześnie z objawami mózgowemi nastąpiło nieuzasadnione niczém zresztą obniżenie ciepłoty ciała z 39·4° na 37·0°, przy *hydrocephalus acutus* prędzéj oczekiwaćby należało podwyższenia ciepłoty zwłaszcza w okresie przedśmiertnym. 5) Skóra blada, zimna i wilgotna, przy *hydrocephalus* bywają wypieki, występują plamy Trousseaua. 6) Nieodpowiadające zmianom w klatce piersiowéj przyspieszenie oddechu, *tachypnoë* i tłumne, galopujące uderzenia serca, *tachycardia.* 7) Źrenice obu oczu od początku znacznie rozszerzone, przy *hydrocephalus* w okresie zadrażnienia bywają zwężone. 8) Drgawki wyraźnie połowicze, przy *hydrocephalus* bywają po największéj części ogólne, symetryczne. Przeciwko przypuszczeniu sprawy mocznicowéj jako przyczyny tłumaczącéj objawy te w dwóch ostatnich dniach życia chorego, przemawia tylko klinicznie: 1) regularne oddawanie moczu w ilości prawidłowéj tak przed wystąpieniem ostatniego obrazu chorobowego, jak nawet i w dniu, w którym rozpoczęły się objawy mózgowo-mocznicowe, 2) skład moczu prawidłowy, jedynie mocz w ostatnim dniu cewnikiem odprowadzony zawierał ślad białka, lecz nie było w osadzie składników morfologicznych, 3) brak znaczniejszych obrzęków surowiczych skóry lub jam ciała; anatomicznie zaś niepokaźne jeszcze zmiany w nerkach, z których tylko lewa okazywała wyraźniejsze miejsca zapaleniem dotknięte, w istocie korowéj obydwu jednak nerek znajdowały się liczne kropki i smugi ciemno-czerwone, odpowiadające tylko wynaczynionkom towarzyszącym zazwyczaj miąższowemu zapaleniu nerek. Nakoniec zarzuciłby jeszcze można, że białkomocz stwierdzony przed śmiercią tylko,

był jedynie następstwem drgawek, podobnie jak i znacznie zwiększone fosforany, a nie był objawem początkującego zapalenia nerek, ponieważ wałeczków Belliniego w moczu nie wykazano. Okoliczność ta, że wydzielanie moczu było prawidłowém, że tak w okresie poprzedzającym raptowne wystąpienie objawów mózgowych, jak nawet i podczas tego czasu oddawał chory mocz w odpowiedniéj ilości, i że nawet na kilka godzin przed śmiercią wypuszczono cewnikiem z pęcherza znaczną ilość moczu, który tylko w skutek porażenia następowego *detrusoris urinae* nie został oddanym, że zatém nerki funkcyjonowały należycie aż do śmierci, nie powinna nas wstrzymać od rozpoznania mocznicy, ponieważ nietylko znane są niewątpliwe przypadki mocznicy, w których wydzielanie moczu tak samo odbywało się należycie, opisywane przez autorów angielskich Robertsa, Johnsona i innych a zebrane przez Baginskyego, daléj także i przez Rosensteina lecz nawet bywają przypadki, w których ilość wydzielanego moczu bywa nawet znaczniejszą niż w stanie prawidłowym, a mimo to przychodzi do objawów mocznicowych nieulegających żadnéj wątpliwości pod względem rozpoznania. Przypadek podobny z przebiegiem typowym, *uraemiae* w obec polyuryi, powikłany amaurozą do 3ch tygodni trwającą i dłużéj trwającą utratą pamięci, zakończony jednak zupełnie pomyślnie mieliśmy nawet sami z prof. Jakubowskim sposobność obserwowania w praktyce prywatnéj; w przypadku tym również zaledwo tylko ślad białka dał się w moczu wykazać a na godzinę jeszcze przed wystąpieniem pierwszego napadu drgawkowego oddał chory przeszło 500gr. moczu na raz. W ciągu dni 10ciu, w których *coma* przerywane tylko bywało drgawkami, oddawał chory ustawicznie bardzo wiele moczu i w znacznych bardzo ilościach na raz, a mimo to był u niego typowy obraz mocznicy, że tak powiem książkowy. Że zaś w moczu nie wykazano obecności białka ani wałeczków Belliniego, również zupełnie nie sprzeciwia się rozpoznaniu mocznicy, gdyż znaną jest rzeczą, iż w następstwie płonicy zauważano, bądźto przypadki pojedyncze, bądźto nawet całe epidemije obrzęków surowiczych, *hydrops universalis* bez białkomoczu, wśród których wiele ginęło śród objawów mocznicy, mimo że do końca życia mocz białka nie zawierał.

Przypadek także ciekawy, w którym nie zauważono ani białka w moczu, ani wałeczków w osadzie, a sekcyja wykazała wyraźne świeże zapalenie miąższowe nerek opisuje Henoch (*Berl. klin. Woch.*, 1873, Nr. 50); w przypadkach przez Baginskyego przytoczonych, również nie przedstawiał mocz żadnych zboczeń pod względem swego składu. Wiadomo wreszcie, iż przy zapaleniu nerek po płonicy tak samo dobrze może mocz zawierający białko nie okazywać, zwłaszcza w początku, składników morfologicznych, jak można w moczu niezawierającym białka wykazać dość liczne wałeczki Belliniego.

Okoliczność nareszcie, że zmiany anatomiczne w nerkach według obducenta były zbyt małe, również nie może osłabić rozpoznania mocznicy, ponieważ 1) nerki drobnowidowo nie zbadano, a wiadomém jest, iż często przy tak zwanéj *glomerulonephritis* przedstawia się nerka makroskopowo całkiem prawidłowo, a 2) znane są w literaturze przypadki, iż *uraemia* była pierwszym objawem rozpoczynającego się dopiero zapalenia nerek.

Co się nakoniec tyczy zarzutu, iż obecność białka w moczu wywołaną była tylko drgawkami, to przyznać musimy, iż jest to rzeczą możliwą, ale w takim razie zapytać się znów musimy: cóż było właściwie przyczyną tych drgawek? (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Epidemija anchylostomum w Holandyi.

Od czasu epidemii, która wybuchła między robotnikami podczas przekopywania tunelu św. Gotarda, zwrócono uwagę na pojawianie się stosunkowo rzadkiego pasorzyta *Anchylostomum duodenale* między górnikami i ceglarzami i przypadki podobne opisali Meusche z Bonn, Leichtenstein z Kolonii, Masius z Liège i Mayer z Akwisgranu. Niedawno znowu Dr. Wiktor Dubois ogłosił w dzienniku lekarskim w Amsterdamie sprawozdanie z 14tu przypadków, które się pojawiły między ceglarzami we wsiach niedaleko Maestrichtu. Wszyscy chorzy byli nadzwyczaj niedokrewni i cierpieli ból w okolicy żołądkowéj z początku wszyscy cierpieli biegunkę, wszyscy doznawali bicia serca a większość była znacznie osłabioną. Trzech chorych przedstawiało obrzęki powiek i odnóg dolnych. Jeden tylko wymiotował, a jeden gorączkował; mocz był u wszystkich prawidłowy, kał brunatno zabarwiony. Wilgotna glina, około któréj chorzy byli zatrudnieni, zawierała jaja pochodzące od *anchylostomum*. Po zmięszaniu odchodów zawierających jaja z gliną i wystawieniu ich w pokoju na działanie 20°C. przez 4 dni powstawały w téj mięszaninie poczwarki. Prócz *anchylostomum* napotkano w niektórych przypadkach *oxyuris* albo *trichocephalus*. W niektórych przypadkach podawano żelazo, które wydawało się także korzystném w leczeniu w ogóle choroby i niszczeniu pasorzytów. Niektórym chorym podawano santonin, innych leczono sposobem Lutza znacznemi dawkami tymolu po poprzedniém podawaniu kalomelu i senesu; sposobem tym spędzano pasorzyty w znacznéj ilości nawet w przypadkach, gdzie sporysz okazał się bezskutecznym.

(Podług Zieglera (*Pathol. Anat.* III Aufl., I Th. pag. 355) pasorzyt ten jest częstym w krajach podzwrotnikowych. Podług Griesingera i Bilharza cierpi nań 4ta część mieszkańców Egiptu. Jest on częstym także w Brazylii *Przyp. Sprawozdawcy*). (*The Lancet* 19 czerwca 1886).

Dr. Barącz.

Prof. Krause: W sprawie przeciążenia uczniów. (Badanie fizyjologiczne).

Pod tym tytułem profesor getyngski ogłasza artykuł pod względem higijenicznym i pedagogicznym bardzo ciekawy; a jakkolwiek autor ma na względzie tylko szkoły niemieckie, przecież uważamy za stósowne zapoznać z jego treścią czytelników naszych, ponieważ wskazówki te *mutatis mutandis* mogą mieć znaczenie ogólne.

Chłopiec niemiecki—powiada K.—wstępujący do szkoły uczyć się musi nasamprzód milczenia i siedzenia spokojnie. Następnie przez lat 10 po 6 godzin dziennie w szkole a nadto przez 3—4 godzin w domu, a więc średnio przez 10 godzin dziennie, zajmuje się głównie rozwikłaniem gmatwanin językowych. Następstwem tego zajęcia w okresie rozwojowym jest przerost mózgu i nawał krwi do niego, nieczynność mięśni i upośledzenie delikatniejszych funkcyj zmysłowych. Ręce w skutek wyłącznego używania ich do pisania stawszy się niezgrabnemi, w sali sekcyjnéj zrazu zaledwie są w stanie nawlec igłę lub zrobić węzeł. Oczy używane do czytania złego druku, stają się krótkowzrocznemi. O wiele gorszą jeszcze jest utrata zdolności spostrzegawczéj, nieodłączna od nienależytego używania najważniejszych organów zmysłowych.

Powiadają niektórzy, że uczniowie wcale nie są przeciążeni; jeżeli to prawda, dla czego z każdym rokiem życie,

pobyt ich w szkole staje się dla nich nieznośniejszym. Dzieje się to nie wyłącznie z powodu wielkiéj ilości godzin, lecz głównie z powodu przymusu zajmowania się ciągłego przedmiotami, które dla nich powabu nie mają; instynkt bowiem powiada uczniom, że cała masa rzeczy nagromadzona w ich pamięci nie zda im się na nic w życiu późniejszém. Jedyném, co pobyt w szkole w ostatnich latach czyni znośnym, jest nadzieja uwolnienia się od przymusu, i widok, że nastanie czas, w którym każdy zdoła pracować w tém, co go zajmuje.

Utrata zdolności spostrzegawczéj naraża na szkodę największą przyszłego medyka, który na wszechnicy zdolności téj na nowo nabywać musi. Ale nie jest ona obojętną i dla teologa, prawnika, filologa. Dla nich pewien stopień ogólnego wykształcenia przyrodniczego bardziéj jest potrzebny, aniżeli dla medyka. Tyczy się to także gimnazyjów, realnych szkół żeńskich, i to nie tylko niemieckich, ale wszystkich krajów cywilizowanych. Jeżeli dawniéj znajomość łaciny stanowiła główną i konieczną podstawę wykształcenia, to obecnie nierównie ważniejszą jest zajomość języka francuskiego i angielskiego. Żądanie to K. sam nazywa muzyką przyszłości; na teraz rozchodzi się o dwie zasady fizyjologiczne, na których nauka szkolna opierać się winna.

Pierwszą zasadą jest uczenie się w pewnéj kolei, a nie równocześnie. Tak jak człowiek dorosły, uznający potrzebę wyuczenia się jakiegoś języka, poświęca pewien okres czasu wyłącznie temu językowi, tak i w szkole wypada uczyć np. przez 4 lata łaciny, przez rok greki, przez 3 lata francuskiego a przez 2 angielskiego języka; resztę czasu należy poświęcić przedmiotom pobocznym oraz powtarzaniu języków, które się już umie, a wreszcie naukom przyrodniczym, które stósownie wyłożone, służą więcéj do wytchnienia.

Drugą zasadą jest ograniczenie liczby uczniów w klasach. Zamiast 40 winno być w klasie tylko 20 uczniów; większéj liczbie żaden pedagog, choćby najdoświadczeńszy, nie podoła. Koszta nie byłyby znacznie większe. Najwięcéj kosztują szkoły higijenicznie zbudowane, urządzone i utrzymane. Ale szkoły te i tak istnieją; płace nauczycielskie w obec wydatków tych są bardzo nieznaczne. Obecnie w szkole wykłada się 6 godzin dziennie, można atoli wykładać w nich przez 12 godzin dziennie, jeżeli wentylacyja będzie należytą. Nauczyciel, mający w klasie 20 uczniów, w nierównie krótszym czasie posunie ich naprzód, zadania domowe staną się zbytecznemi, a pozostanie jeszcze dość czasu dla przedmiotów pobocznych i ćwiczeń cielesnych, a nauczyciel uwolniony od poprawiania zadań, więcéj poświęci czasu na wyrobienie sobie wykładu pięknego, przez co znów zyskałaby młodzież, albowiem styl początkującego nie postępuje w skutek poprawienia mu zadania pisemnego, lecz postępuje w miarę tego, co uczeń czyta, a bardziéj jeszcze w miarę, jakim wykładom się przysłuchuje.

Dzieci mogą jadać o każdym czasie, a więc i o każdym czasie w szkole pojawiać się mogą; oświetlenie zaś elektryczne w przyszłości umożebni korzystanie z godzin wieczornych. Nateraz wystarczyłoby podwojenie liczby nauczycieli we wszystkich gimnazyjach i w szkołach nowo budujących się wypadałoby urządzić sale, mające tylko po 20 miejsc.

Uwagi prof. K., jakkolwiek słusznie je nazywa marzeniem przyszłości, odznaczają się oryginalnością, a niektóre z nich są bardzo trafne. (*Allg. W. med. Ztg.* 1886, Nr. 29). *L. B.*

IV. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera**. W Tryjeście od wybuchu epidemii do 21 lipca włącznie, a więc w ciągu więcéj niż 7 tygodni, zdarzyło się 69 przypadków cholery, a z tych 38 zakończyło się śmiercią. W Fiumie od 24 czerwca w ogóle 97 przypadków, z tych 47 zakończyło się śmiercią; większość tych przypadków zdarzyła się w dzielnicy zwanéj Mlaka głównie przez robotników zamieszkałéj a odznaczającéj się złą wodą do picia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30·3. Z błonicy umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy. W tygodniu od 4—10 lipca umarło z ospy: w Warszawie i Petersburgu po 5, w Wiedniu 2, w Budapeszcie 13, w Pradze 2, w Paryżu 4. Z duru osutkowego umarło: w Budapeszcie i Odesie po 1, w Petersburgu 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Wenecyi 7. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 10, w Paryżu 16, w Londynie 10, w Petersburgu 14. Z odry umarło: w Pradze 11, w Wiedniu 23, w Berlinie 20, w Paryżu 37, w Londynie 57, w Petersburgu 28. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 14, w Paryżu 17, w Londynie i Petersburgu po 1. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 9, w Berlinie 15, w Paryżu 18, w Londynie 16, w Amsterdamie i Kopenhadze po 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,7; we Lwowie 36,2; w Brodach 28,0; w Drohobyczu 33,0; w Kołomyi 42,8; w Przemyślu 35,7; w Stanisławowie 43,3; w Tarnopolu 14,7; w Tarnowie 26,5; w Czerniowcach 19,4; w Warszawie 28,1; w Poznaniu 33,5; w Opawie 38,2; w Ołomuńcu 28,2; w Pradze 44,3; w Insbruku 19,0; w Tryjeście 34,5; w Gracu 35,1; w Salcburgu 27,4; w Wiedniu 26,9; w Berlinie 32,9; we Wrocławiu 16,9; w Gdańsku 23,1; w Dreźnie 21,6; w Kolonii 25,5; w Lipsku 24,2; w Mnichowie 29,2; w Strasburgu 17,2; w Amsterdamie 22,2; w Bazylei 11,8; w Brukseli 22,6; w Chrystyjanii 14,7; w Genewie 25,2; w Kopenhadze 26,3; w Londynie 19,4; w Odesie 43,9; w Paryżu 22,4; w Petersburgu 31,0; w Pradze 34,8; w Stokholmie 22,9; w Wenecyi 21,8; w Zurychu 17,2. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29. lipca. Redaktor Przeglądu Lek. wyjechał na wakacyje; przez czas jego niebytności zastępować go będzie, jak w roku przeszłym, docent Dr. Grabowski.

* Urzędowa *Wiener Zeitung* zamieszcza sankcyjonowaną ustawę o użyciu 24.000 złą. na zakupno gruntu pod budowę kliniki chirurgicznéj, z pierwszéj raty 40.000 złą. uchwalonego już dawniéj na tę budowę kredytu, w skutek tego Ministerstwo drogą telegraficzną poleciło zakup placu od p. Morgensterna.

* Prof. Mikulicz wyjeżdża na 6 tygodni, korzystając z wakacyj; prof. Obaliński zaś wyjeżdża dopiero w pierwszéj połowie września.

* Docent chorób wewn. Dr. Gluziński zamieszkał przy ul. Szewskiéj Nr. 27.

* Wykłady w Uniw. Jagiell. ukończyły się a profesorowie i uczniowie rozjechali się. W bieżącym roku szkolnym liczba promowanych doktorów wszech nauk lekarskich urosła do niebywałéj jeszcze cyfry 53; sądzimy, że na brak lekarzy już skarżyć się u nas nie będzie można.

* Ministerstwo Oświecenia wydało w skutek szczegółowego przypadku rozporządzenie zasadnicze następującéj treści dla wszystkich uniwersytetów austryjackich: „Istota docentury prywatnéj według obowiązujących przepisów uniwersyteckich polega na tém, że habilitujący się jako docent nabywa prawa wykładania w pewnym Wydziale. Jeżeli więc stosunki docenta prywatnego zmieniają się tak, że obiera mieszkanie stałe poza miastem uniwersyteckiém i tym sposobem traci możność korzystania z udzielonéj sobie *veniae legendi* odpowiednio do celów akademickich, to związek jego z Wydziałem,

w którym był habilitowany, uważa się jako przerwany a tém samém nie może on już uchodzić za docenta prywatnego tego Wydziału".

W Iwoniczu do d. 19 lipca było 1012 gości, w Szczawnicy do 21 lipca 2068, w Cieplicach czeskich 4941, w Gainfarn 952, w Giesshüblu 300.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Szwajcaryja.** Liczba uczniów medycyny wynosiła w półroczu letniém: w Bazylei 125, w Bernie 204, w Genewie 150, w Lozanie 16, w Zurychu 216; razem 675, pomiędzy którymi było 81 kobiet. — **Lowanijum.** Słynny prof. embryjologii i entomologii van Beneden obchodził jubileusz 50-letni. — **Berno.** Rodak nasz prof. Nencki wybrany został rektorem uniwersytetu na rok przyszły. — **Praga czeska.** Prof Maixner mianowany został profesorem kliniki propedeutycznéj.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Radwan Głuchowski rodem z Warszawy, Wiktor Michalski z Chełmna w Prusiech i Stanisław Nawrat z Wadowic.

* **Nekrologija.** W Würzburgu umarł po długiéj chorobie słynny chirurg prof. Maas. — W Wiedniu umarł Dr. Teodor Jurié w 76 roku życia, prezes Towarzystwa opieki nad wdowami i sierotami po lekarzach.

W Tarnowie umarł d. 24 bm. D. Rosner, lekarz praktyczny, licząc lat 75. Zmarły przeszło pół wieku praktykował w Tarnowie, gdzie jako lekarz cieszył się rozległą praktyką i zaufaniem w domach wysokiéj arystokracyi rodowéj, w szerokich kołach obywatelskich i inteligencyi, pośród mieszczaństwa i ludu. Był przedewszystkiém dobrym obywatelem, gorąco kraj kochającym a zawsze i wszędzie prawdziwym dobroczyńcą chorych. Czy w dzień czy w nocy spieszył do łoża cierpiącéj ludności i pocieszał strapionych swą radą i pomocą. W czasach epidemii w latach 1836, 1848, 1849, 1854 i 1873 był zawsze czynny narażając swe zdrowie i życie. Za te usługi obdarzyło go miasto Tarnów obywatelstwem honorowém a głos publiczny często powoływał na zaszczytne urzęda obywatelskie. I tak przez czas dłuższy piastował godność radnego miasta, członka Rady powiatowéj, członka Wydziału Kasy Oszczędności, a do ostatniéj chwili piastował godność członka Rady szkolnéj miejscowéj. W ochotniczéj straży pożarnéj był czynnym od początku jéj zawiązania się, a obecnie zastępcą prezesa Rady nadzorczéj i członkiem honorowym. Od r. 1868 był lekarzem sądowym i więziennym. Czteréj jego synowie zaszczytne zajmują i zajmowali stanowiska. Najstarszy Antoni jest profesorem Uniw. Jagiell., Maksymilijan lekarzem powiatowym w Kołomyi, Ignacy lekarzem miejskim i radzcą sanitarnym we Lwowie; czwarty syn był oficerem w armii austryjackiéj, a w nieszczęsnym roku 1863 porzucił służbę spiesząc tam, gdzie śmierć męczeńska czekała go w wieku młodzieńczym! — W Sanoku zmarł Dr. Mieczysław Skalski, prymaryjusz tamtejszego szpitala.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 7: Krówczyńskiego: Odziedziczanie a gimnastyka. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.): Przedborskiego: Bezgłos histeryczny, skurcz wdechowy, wywołane cierpieniem jam nosowych. — W *Medycynie* Nr. 29: Grünbauma: Ogólny pogląd na obecny stan leczenia chorób pęcherza moczowego (dok.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 13 i 14: Kijewskiego: Promienica (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

HEILPERN: Kefir, jego pochodzenie i własności. (Odbitka z „Wiadomości farmaceutycznych"). Warszawa 1886, in 8vo m. str. 43.

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichiatrii i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakciei prof. J. P. Mierzejevskago. God czetwartii, wypusk 1. Petersburg 1886.

Drowie JAWORSKI i GLUZIŃSKI: Experimentell-klinische Untersuchungen über den Chemismus u. Mechanismus der Verdauungsfunction des menschlichen Magens. (Z kliniki prof. Korczyńskiego). (Odbitka z „Zeitschr. f. klin. Medicin", in 8vo str. 73).

Prof. Dr. JAKUBOWSKI: Szpital św. Ludwika dla dzieci w Krakowie od r. 1876—1885, Kraków 1886, in 8vo maj. str. 76.

Dr. K. SZADEK: Kratkij analiz 383ch sluczajew zaboliewanij koži, w kiewskom wojennom hospitalie, w 1884 godu. in 8vo str. 46.

Tenże: Kritische Bemerkungen über die Theorie der syphilit. Retroinfection der Mutter durch den Foetus. (Odbitka z „St. Petersb. Med. Woch." in 8vo str. 18.).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

KONKURS.

Na mocy uchwały Rady miejskiéj z dnia 18 lipca 1886 rozpisuje się konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, w mieście powiatowém Żydaczowie. Roczna płaca 200 do 300 zła. w miarę jakie kandydat posiada studyja. Doktor medycyny otrzyma pierwszeństwo i wyższe wynagrodzenie. Podania wnieść należy do 14 Sierpnia 1886 na ręce Zwierzchności gminnéj.

Żydaczów 19 lipca 1886.

Burmistrz
Mokrzycki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 sierpnia 1886. № 32. Rok XXV.

I. Z zakładu anatomii patologicznéj prof. Browicza w Krakowie.

O nerwikach wykrytych w osłonce pni nerwowych (nervi nervorum periphericorum).

Przez Dra Jana Prusa,
asystenta kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.
(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. dnia 7 lipca 1886).
(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Zapytać się teraz musimy, zkąd pochodzą nerwiki nerwów obwodowych.

Jakkolwiek badania w tym kierunku przedsięwzięte były połączone ze znacznemi trudnościami, mogłem jednak dojść do przekonania, że pewna część nerwików nerwów bierze początek z włókien, przebiegających w tymże samym pniu nerwowym, w osłonce którego się rozgałęziają, inna zaś część wychodzi z sąsiednich pni nerwowych. Drugie pytanie tu się nasuwające brzmi: gdzie i jak się kończą ostateczne rozgałęzienia nerwików nerwów? To pytanie nie mniéj trudno rozwiązać. Obecnie tyle tylko nadmienić mogę, że czasem napotkałem na końcu najdelikatniejszych włókienek maleńkie zgrubienie, a powtóre, że niektóre włókna wnikają aż do „*endoneurium*“.

Czy nerwiki nerwów dochodzą do osłonki Schwanna, nie chcę rozstrzygać.

Skreśliwszy pod względem anatomicznym rzecz o nerwikach nerwów, zastanowić się teraz musimy nad pytaniem, jakie znaczenie fizyjologiczne przypisać należy nerwikom nerwów obwodowych.

Gdy mówimy o nerwikach nerwów nasuwają się nam na myśl mimowolnie naczynia naczyń *(vasa vasorum)*. W obec tego wynurza się przypuszczenie, że podobnie jak naczynia, mimo tego, że w ich świetle krąży krew, posiadają przecież własne naczyńka, służące do odżywienia ich ścian, tak też i pnie nerwowe, mimo tego, że przewodzą czucie, obdarzone są własnemi nerwikami czuciowemi. Do przypuszczenia, że nerwiki nerwów są nerwami czuciowemi skłania nas nie tylko powyższa analogija, lecz także niektóre spostrzeżenia fizyjologiczne. Prof. Cybulski i Wartanów pisząc: „o związku między nerwem błędnym a nerwem dodatkowym Willisa“ kończą swą pracę, wykonaną w pracowni Tarchanowa temi słowy: „Uważamy jeszcze za obowiązek zwrócić uwagę na ten fakt, że przy zadrażnieniu dośrodkowego odcinka osłonki, otaczającéj nerw błędny i współczulny i oddzielonéj od tychże nerwów znaczną przestrzenią, otrzymywaliśmy w niektórych przypadkach obniżenie parcia krwi. Fakt ten zasługuje na szczególniejszą uwagę, jeżeli przypomnimy, że w osłonce téj według Klaud. Bernarda rozchodzą się włókna nerwu dodatkowego Willisa“. Spostrzeżenie to dowodzi, że osłonka nerwu błędnego i współczulnego mieści w sobie najprawdopodobniéj włókna czuciowe, a w każdym razie włókna, dążące dośrodkowo, a powtóre że niektóre objawy występujące wśród drażnienia nerwu, niepozbawionego swéj osłonki, odnieść należy do drażnienia nerwów rozgałęziających się w osłonce nerwu błędnego. — Następnym faktem znanym w fizyjologii, a który teraz obecnością nerwików nerwów może być należycie wytłumaczonym jest tak zwane czucie zwrotne (*sensibilité recourrante suppléé*). Bardzo wielkiéj wagi jest wreszcie okoliczność, że nerwiki nerwów barwią się błękitem metylenowym. Zważywszy bowiem, jak to już powyżéj wzmiankowaliśmy, że błękit metylenowy barwi przedewszystkiém zakończenia nerwów czuciowych, przypuścić musimy, że i nerwiki nerwów obwodowych są nerwami czuciowemi. Jakkolwiek przyznajemy, że przypuszczenie to jest najprawdopodobniejszém, nie możemy jednak zataić, iż nie jesteśmy w stanie wykluczyć stanowczo pytania, czy opisane nerwiki nerwów nie są nerwami troficznemi pni nerwowych. Pytania tego nie podobna nam rozwiązać z wszelką stanowczością, tyle jednak twierdzić możemy na podstawie wspomnianych spostrzeżeń fizyjologicznych i bijologicznych, że jeżeli nie wszystkie, to przynajmniéj

znaczna część nerwików nerwów należy do kategoryi nerwów czuciowych.

Wątpliwość tę możnaby usunąć drogą następujących doświadczeń. Zważywszy, że nerwy troficzne biegną przez korzenie przodkowe rdzenia pacierzowego i dążą w kierunku odśrodkowym należałoby śledzić, czy po przecięciu korzeni przodkowych nastąpi zwyrodnienie nerwików nerwów. Gdyby bowiem nerwiki nerwów były nerwami troficznemi, to musiałyby w tym razie po upływie pewnego czasu uledz zwyrodnieniu wraz z nerwami ruchowemi podczas gdy wszystkie nerwy czuciowe nie okazywałyby najmniejszego śladu zwyrodnienia. Każdy jednak przyzna, że badania tego rodzaju przedstawiają bardzo wiele trudności, nietylko bowiem przecięcie większej liczby korzonków przodkowych rdzenia pacierzowego należy do najtrudniejszych badań doświadczalnych, ale także śledzenie zmian degeneracyjnych w nerwikach omawianych jest pracą zbyt mozolną, a przedewszystkiém w wynikach swych wątpliwą, zwłaszcza jeżeli się uwzględni, że barwienie nerwików nerwów błękitem metylenowym lub chlorkiem złota dość często zawodzi. Na tém miejscu nie mogę wreszcie pominąć uwagi mimowolnie się nasuwającéj a mogącéj poprzeć twierdzenie, że nerwiki nerwów obwodowych są nerwami czuciowemi. Jak wiadomo uważamy komórki zwojowe, rozmieszczone w przednich rogach istoty szaréj rdzenia pacierzowego, za ośrodki odżywcze dla nerwów ruchowych i mięśni. W chorobach bowiem, w których komórki te zanikają, jak np. w *poliomyelitis anterior* itp. ulegają zwyrodnieniu nerwy ruchowe i mięśnie. Gdybyśmy więc przypuścili, że nerwiki nerwów są nerwami troficznemi dla pni nerwowych musielibyśmy wywnioskować, że nerwy ruchowe posiadają dwa ośrodki odżywcze, a mianowicie jeden ośrodek w wspomnianych komórkach zwojowych, z których biorą początek nerwy ruchowe, a drugi ośrodek w nieznanych jeszcze komórkach, z których wychodzą nerwiki nerwów; taki zaś pleonazm jest bardzo nieprawdopodobnym.

Zapytajmy się teraz, jaką rolę odgrywać mogą nerwiki nerwów obwodowych w stosunkach patologicznych.

Jak wiadomo w przebiegu niemal każdego nerwobólu stwierdzić można obecność tak zwanych punktów bolesnych (*points douloureux*) Valleixa. Punkta te są zazwyczaj ściśle ograniczone i bywają czasem siedzibą lub punktem wyjścia nerwobólu. Ucisk tych punktów wywołuje zawsze bardzo silny ból, który może albo wywołać napad neuralgiczny albo też spotęgować istniejący już nerwoból. Punkta te znajdują się zazwyczaj w pewnych wysokościach pnia nerwowego, czasem zaś bywa cały nerw przy ucisku bolesnym. Najczęściéj znajdują się punkta bolesne w tych miejscach, w których nerw przebiega przez kanał lub otwór kostny, lub też w których nerw przebija powięź ścięgnistą albo dzieli się na drobniejsze gałęzie. Najważniejszą dla nas okolicznością jest, że skóra ponad pniem nerwowym dotkniętym neuralgiją przy ucisku nie jest wcale bolesną.

Dotychczas starano się w różny sposób wytłumaczyć obecność wspomnianych punktów bolesnych w przebiegu nerwobólów. Pierwotnie sądzono, że punkta bolesne są wyrazem irradiacyi bólu. Jakkolwiek Eulenburg przyznaje, że w razie obecności jakiegoś ogniska drażniącego, usadowionego w pewnéj wysokości nerwu może być obwodowa część nerwu bolesną przy ucisku, to jednak sądzi, że tłumaczenie tego zjawiska przypuszczeniem irradiacyi bólu nie jest wcale uzasadnionem ze stanowiska fizyjologii. Objaw ten według niego może być tylko wytłumaczonym przeczulicą (*Leitungshyperaesthesie*), powstałą skutkiem drażnienia nerwu przez wspomniane właśnie ognisko. Temu też zapatrywaniu hołduje wielu autorów i przypuszcza, że każdy punkt bolesny świadczy o obecności ogniska zapalnego lub w ogóle drażniącego w miejscu, które jest bolesném przy ucisku. Ognisko to niekoniecznie musi się znajdować w samym pniu nerwowym, lecz istnieć może w sąsiedztwie nerwu jak np. w mięśniach, w okostnéj, w tkance podskórnéj, torebkach stawowych itp. Zapatrywanie to starał się najwięcéj ugruntować Lender (*Die Points douloureux Valleix's und ihre Uhrsachen*). Według niego więc pierwotnym punktem wyjścia każdego nerwobólu mają być ogniska miejscowe zapalne. Doświadczenie jednak uczy, że nie każdy nerwoból ma za podstawę jakieś ognisko zapalne, a powtóre, że nie każdy punkt bolesny dowodzi już obecności ogniska zapalnego. Z tego też względu Erb uważa za główną przyczynę pojawienia się punktów bolesnych następujące dwa czynniki: 1) ogólną przeczulicę całego pnia nerwowego i 2) anatomiczne stosunki, z powodu których nerw jest łatwo narażonym na działanie ucisku. Eulenburg natomiast podziela w części zapatrywanie Lendera, sądzi jednak, że już jedno ognisko zapalne, umiejscowione w pewnéj wysokości pnia nerwowego, jest w stanie dać powód do pojawienia się kilku punktów bolesnych, Anstie zaś przypuszcza, że punkta bolesne są w przeważnéj liczbie przypadków objawem porażenia nerwów naczynioruchowych, nie podaje jednak bliższych w tym względzie wyjaśnień.

Jak z tego krótkiego zestawienia widzimy, panuje wielka różnica zdań w tym przedmiocie. Ale bo też i przyroda nerwobólu nie jest nam jeszcze dokładnie znaną. I tak Erb sądzi, że nerwoból polega na pewnéj, właściwéj formie zaburzenia w odżywieniu nerwów czuciowych. Zboczenie to odżywcze umiejscowić się może jużto w pewnych gałązkach nerwowych, jużtéż w tylnych korzeniach rdzenia pacierzowego lub wreszcie tak w ośrodkach nerwowych, jakotéż w nerwach obwodowych. Anstie uważa za przyczynę nerwobólu zanik tylnych korzeni i należących do nich włókien nerwowych, jak niemniéj komórek zwojowych, rozmieszczonych w rdzeniu pacierzowym. Benedikt mniema, że wszystkie nerwobóle rozwijają się na tle lekkiego zapalenia nerwów (*neuritis*) i że zmiany w krążeniu krwi (niedokrewność, przekrwienie) odgrywają ważną rolę. Według Uspieńskiego polega każdy nerwoból na podrażnieniu komórek czuciowych, rozsiedlonych w tylnych rogach istoty szaréj rdzenia pacierzowego. Podrażnienie to zostaje wywołaném przez ciągle tworzące się produkta czynności nerwów, którychto produktów wessanie jest utrudnioném z powodu osłabionego napięcia naczyń. Wspomniane drażnienie komórek czuciowych sprowadza oprócz bólu tężcowy skurcz naczyń, poczém następuje porażenne rozszerzenie naczyń. Te częste zmiany w krążeniu mogą doprowadzić z jednéj strony do zaniku komórek czuciowych a z drugiéj strony do utraty napięcia naczyniowego, co znów dostatecznie wytłumaczyć może, dla czego w zastarzałych nerwobólach wzrasta ilość i czas trwania napadów. Eulenburg natomiast nie waha się otwarcie wyznać, że właściwéj przyrody nerwobólu nie znamy i że tylko tyle z pewnością orzec można, że bezpośrednią przyczyną neuralgicznego bólu jest jakaś zmiana molekularna w nerwach czuciowych.

Nie zapuszczając się wcale w krytykę powyższych zapatrywań poprzestanę tylko na skreśleniu roli, jaką nerwiki nerwów obwodowych mogą odgrywać w nerwobólach.

Powszechnie wiadomo, że w chwili, gdy ugniatamy nerw łokciowy tuż powyżéj kłykcia wewnętrznego kości ramieniowéj, doznajemy nietylko uczucia mrowienia w palcach, w których nerw ten się rozgałęzia, lecz czujemy nadto ból w miejscu ucisku. Podobnie rzecz się ma w czasie drażnienia nerwu prądem elektrycznym itp. Wreszcie uczucie lokalizacyi bólu w pewnych miejscach pnia nerwowego występuje najwybitniéj w przebiegu nerwobólów a mianowicie w wspomnianych punktach Valleixa. W celu należytego ocenienia przytoczonych spostrzeżeń muszę przedewszystkiém przywieść na pamięć ogólną zasadę znaną w fizyjologii, że wrażenia nasze odnosimy zawsze do obwodu, to jest do miejsca, w którém się znajdują końcowe przyrządy nerwowe, podczas gdy bodziec drazniący może mieć swą siedzibę jużto w obwodowych zakończeniach nerwu, jużtéż w którejkolwiekbądź wysokości pnia nerwowego, lub wreszcie w ośrodkach nerwowych. Z tegoto powodu umiejscowiają nieraz chorzy ból w palcu odnogi amputowanéj lub téż doznają bólu w skórze twarzy, aczkolwiek odpowiedni nerw czuciowy został przeciętym. Podobnież chorzy na uwiąd rdzenia pacierzowego uczuwają często gwałtowny ból w odnogach dolnych, chociaż przyczyna drażniąca tkwi w tylnych sznurach rdzenia pacierzowego. Tego rodzaju przykładów możnaby wiele przytoczyć. Uwzględniwszy powyższą zasadę, musimy orzec, że skoro w pniu nerwowym czujemy ból w pewnych warunkach, to pośredniczyć w tém mogą tylko zakończenia nerwów rozgałęziających się w pniu, a względnie w osłonce pnia nerwowego, a nie te nerwy czuciowe, które wchodzą wprawdzie w skład pnia nerwowego, lecz kończą się w skórze itp., czyli innemi słowy powiedzieć możemy, że nerwiki nerwów odgrywają tu swą rolę. W obec tego wytłumaczenie punktów Valleixa nie przedstawia nam żadnéj trudności, zawdzięczają one bowiem swe powstanie bezsprzecznie wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów obwodowych. Na pytanie zaś, dla czego pewne tylko punkta są zazwyczaj bolesne, mimo tego że prawdopodobnie wszystkie nerwiki nerwów pewnego pnia posiadają wygórowaną pobudliwość w przebiegu nerwobólu, dają nam stosunki anatomiczne dostateczną odpowiedź, te bowiem punkta, które łatwiéj ucisk może dosięgnąć, będą oczywiście przedstawiały się jako boleśniejsze niż inne. Z drugiéj strony nie możemy pominąć uwagi, że w przypadkach bardzo wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów, może być cały pień przy ucisku bolesnym, co też rzeczywiście czasem się zdarza, a wtedy nie mówimy już o punktach bolesnych, lecz o linijach bolesnych.

Trudniejszą bez wątpienia jest rzeczą rozstrzygnąć co jest powodem téj wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów. Mojém zdaniem, pytanie to redukuje się najzupełniéj do pytania: co jest przyczyną nerwobólu, czyli innemi słowy sądzę, że przyczyna wygórowanéj pobudliwości nerwików nerwów i nerwobólu jest jedna i ta sama. Przypuszczać, że każdy nerwoból polega na zapaleniu nerwu lub jakiémś ognisku zapalném, znaczy, zdaniem mojém, tyle, co identyfikować nerwoból z zapaleniem nerwu i uważać lekkie przypadki zapalenia nerwu za nerwoból, ciężkie zaś za istotne zapalenie nerwu. Każdy bezstronny przyzna, że taki podział jest co najmniéj niewłaściwy, każdy bowiem przypadek zapalenia nerwu, bez względu na to czy lekki czy ciężki, winniśmy uważać za *neuritis*, a nie za nerwoból. Pomijając krytykę innych teoryj nerwobólu, wspomnę tylko, że zdanie Eulenburga ma jeszcze najwięcéj dowodów za sobą. Jak już wspomniałem, sądzi on, że bezpośrednią przyczyną neuralgicznego bólu jest jakaś zmiana molekularna w nerwach czuciowych. Zapatrywanie to poprzećby można także uwagą, że w przypadkach reumatycznego porażenia nerwu ruchowego, np. twarzowego, przypuszczać musimy również jakieś pierwotne zmiany molekularne w nerwach. Według tego wydaje się nam być rzeczą najprawdopodobniejszą, że wygórowana pobudliwość nerwików nerwów obwodowych polega również na tych samych zmianach molekularnych, które dają powód do powstania nerwobólu. Zważywszy zaś, że w przeważnéj liczbie przypadków skarżą się chorzy, dotknięci nerwobólem, na bóle umiejscowione głównie w pniu nerwowym, a nie w skórze (która nie jest zazwyczaj wcale bolesną nawet wśród silnego ucisku), ośmieliłbym się wywnioskować na podstawie powyżéj wyłuszczonych zasad fizyjologii, że wspomniane zmiany molekularne dotyczą przedewszystkiém nerwików nerwów obwodowych, a w mniejszym stopniu nerwów, wchodzących w skład pnia nerwowego, i że tylko w tych przypadkach, w których chorzy skarżą się na bóle rozpromieniające się w skórze, odbywają się rzeczone zmiany molekularne także w nerwach, wchodzących w skład pni nerwowych.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć wyrazy gorącéj podzięki czcigodnemu profesorowi Drowi Browiczowi za chętną radę i pomoc oraz materyjał, udzielony mi do doświadczeń.

II. Jak skuteczniéj leczyć dur brzuszny, antipyrezą czy jodkiem potasu?

Napisał i podał
Dr. Henryk Jeleński.

„Przeciw prawdzie rozum nic".
Joachim Bielski, kronikarz.

Nim się zabiorę do właściwéj treści sprawy, to jest do repliki na wykład o leczeniu duru brzusznego w Przegl. Lek. Nr. 38 i d. 1885 r. umieszczony, należy mi oświadczyć szanow. Drowi Piskowi podziękowanie za poruszenie kwestyi leczenia duru brzusznego w zacném gronie kolegów lwowskich z uwagą, iż praca moja, w tym przedmiocie ogłoszona, skłoniła Go do owego wystąpienia. Zwrocono wprawdzie uwagę na moją pracę jeszcze gdzieindziéj. Prof. Bouchut podał naprzód w *Paris Medical* krótką notę, a w roczniku (*Compendium annuaire*, 1885, str. 22) swym dokładną o tém wzmiankę. Prof. Zuelzer w swéj pracy do Encyklop. Eulenburga również pracy méj milczeniem nie ominął (*Eulenburgs Real_Encyklopädie*, 2gie wydanie, str. 61, *„Abdominaltyphus"*). Jodowa tedy metoda w leczeniu duru brzusznego może z horyzontu całkiem nie zniknie, skoro ze stron poważnych są wzmianki. Wykład jednakże lwowski, o którym tu mowa, gdzieniegdzie wyraźne okazuje usterki, punkty nie zawsze dokładne, nawet uwagi z prawdziwym stanem rzeczy wcale niezgodne, zechce więc szanowny autor wykładu staremu praktykowi, o ścisłą prawdę dbającemu, śmiałość tę wybaczyć, jeśli w obronie doświadczonéj, w długoletniéj praktyce nabytéj prawdy, ośmiela się wystąpić *coram publico medico* z objaśnieniem spornych zdań i usprawiedliwieniem poglądu oraz sposobu leczenia duru brzusznego jodkiem potasu z jawném pominięciem wszelkiéj antipyrezy. Już Hildebrandt, przez szan. autora wykładu wzmiankowany, przestrzegał przed jednostronnością w terapii stanu gorączkowego, co

wszakże zupełnie inne dawniéj miało znaczenie w systemie gorączek esencyjonalnych i inne téż stanowisko wówczas było terapii. Pytam się, czy obecnie jeszcze panująca terapija, na jeden jedynie objaw chorobowy głównie czychająca, to jest na wysoką ciepłotę gorączki, co Schönlein cieniem a nie chorobą samą, Binz zaś skorupą a nie jądrem choroby nazywa, usłuchała téj rozumnéj rady?

Idąc daléj w ślady wykładu spotykamy się z pierwszą historyczną wzmianką użycia jodku potasu w durze lubo wielce niedokładną w początku czwartego dziesiątka naszego stulecia. Mianowicie Dr. Sauer w Wiedniu w 1839—40 wystąpił z nową metodą leczenia duru jodem podczas nagminnego grasowania téj choroby w więzieniach i wśród biednéj warstwy mieszkańców, w chwili rozwijającego się w szkole tamtejszéj nihilizmu terapeutycznego i pozyskał wynik nader zadowalający, co téż publicznie ogłosiwszy, zjednał jéj zaraz zwolenników. Że zaś leczenie to jodowe nie znikło zaraz, jak szan. autor wykładu twierdzi, ani 40 lat na zmartwychwstanie nie czekało, pokaże się niżéj. Zajmowało się naprzód tym przedmiotém znane czasopismo *Schmidts Jahrbücher*, t. 28, 38 i 107 dość obszernie. Nieco późniéj w pierwszém zjawieniu się Tygod. lek. warsz. z 1847 ukazał się ciekawy artykuł Dra Grygowicza, lekarza wojskowego i zdrojowego w Busku w Polsce ważnéj treści zebranych spostrzeżeń od 1840 r. o leczeniu tyfusu jodem czyli jodkiem potasu z pożądanym skutkiem (Tygod. lek. warsz., 1847, str. 137). Niedługo doczekałem się sam sposobności zastosowania po raz pierwszy jodku potasu z wybornym skutkiem w desperackim i nader zaniedbanym przypadku duru brzusznego w 11ym dniu choroby (Tygod. lek. warsz., 1848, Nr. 9). Że tak skutecznego środka nie zaniechałem w praktyce, nie zdziwi nikogo, lecz zbieranie o nim dokładnych spostrzeżeń oraz notatek trudną dla mnie było rzeczą przy natłoku czynności i braku czasu do zajęcia się pracą literacką. Nieco późniéj zjawiła się we wspomnianym Tygod. lek. warsz. praca Dra Łowickiego, *Kali hydrojod.* w tyfusie, który używając tego środka za powiadomieniem i zachętą Dra Pelikana, wyraża się „i więcéj niż od pół roku daję go moim chorym i dobry skutek przeszedł moje oczekiwania“ (Tygod. lek. warsz., 1855, Nr. 30). Daléj zamieszkały w Połonnem na Wołyniu Dr. Kuczyński podał artykuł do Tyg. lek. warsz. o *Kali hydrojod.* w tyfusie z tą ciekawą uwagą, że o dzielnym skutku tego środka przekonał się dowodnie, albowiem w r. 1855—1856 od listopada do końca stycznia w czasie niemiłosiernéj epidemii tyfusu brzusznego na 300tu chorych, jakich miał w tych paru miesiącach, umarło mu tylko c z t e r e c h (Tyg. lek. warsz., 1857, Nr. 28). Niemal równocześnie z innych stron Europy wzmiankują téż o jodku. Dr. Magonty ogłasza w Paryżu w 1859 swą nową metodę o jodku w tyfusie a nieco późniéj prof. Willebrand podał swoje dokładne spostrzeżenia o tym przedmiocie w *Virchows Archiv*, 1866. Nie wszystkie to zapewne notatki; nie pisząc bowiem historyi tego środka w durze nie starałem się o dowody; ale i to potrafi wystarczyć dla przekonania każdego czytelnika, że owe 40 lat zniknięcia jodku potasu w durze przez Dra Piska w chęci widocznie opozycyjnéj rzucone, są bezpodstawne. Także dziwnie w tém miejscu brzmi użyty wyraz „mody“; łatwo bowiem da się wykazać, że moda od wielu lat panuje w przeciwnym obozie. Wprawdzie od czasu poznania leku jodowego w durze nie opuściłem go całkiem, wyznaję jednak, że idąc nieraz chwilowo za wielką reklamą, próbowałem i modnych środkow, jak się zwykło dziać w praktyce, ale zawsze wracałem do wypróbowanego jodku. Ostatecznie niezachwianéj nabrałem zachęty do użycia tego środka z pominięciem innych modnych dopiero po oświadczeniu się Liebermeistra jawnie *urbi et orbi* za swoistością leku jodowego w durze brzusznym, który w 1874 podał swoje spostrzeżenia zastósowania tego środka w przeszło 200 przypadkach. Skoro taki znawca sprawy durowéj i gorliwy promotor antypyrezy nawraca się *proprio motu* do jodku (*Ziemssen Handb. d. spec. Pathol.*, t. 2, t. I, str. 206), mnie od tak dawna w durze znanego, to to utwierdziło mnie w przekonaniu, że nadal w praktyce należy jedynie tego tylko swoistego środka używać, a doświadczenie ostatnich czasów przekonało mnie do reszty o trafności wyboru. Otwarcie więc wyznaję, że oświadczenie Liebermeistra o swoistości jodku potasu zachęciło mnie do wytrwałości w jodowéj terapii w durze brzusznym. Zresztą, patrząc naokoło na panujące metody leczenia w ogóle, jako na nihilistyczne, ekspektatywne, symptomatyczne, to jest tymczasowo przeciwgorączkowe, zwłaszcza w chorobach zakaźnych, nie widziałem nic zachęcającego i przekonywającego. Lekarz praktyk pracuje pod hasłem „*facta loquuntur*“, kto zaś chcę szukać prawdy w doświadczeniu, jak w obecnym realistycznym czasie wypada, przekona się z łatwością, że jodek potasu w terapii durowéj posiada niezaprzeczoną wartość leczniczą. Zastanawia więc niepomału, że szan. autor wykładu, będąc czynnym przy szpitalu wielkiego miasta, nie obrał innéj drogi dochodzenia prawdy przed ogłoszeniem wyroku potępiającego metody jodowéj, jak tylko wyszukania luźnych cytat, choćby nawet bardzo uczonych; a przecież należało było pamiętać zdanie Cycerona: „*opinionum commenta delet dies*“, duch zaś dedukcyjny cudzych myśli nam praktykom nie wystarczy. Co nakoniec ma znaczyć w wykładzie lwowskim obszerny opis różnych metod i sposobu zastosowania antypyretyków, *cui bono?* wszak chyba każdy pierwszoletni klinicysta o tém wszystkiém wie z pewnością; —lecz o to mniejsza.

Teraz po podaniu tych wstępnych uwag przystępuję do poruszenia głównéj i rdzennéj kwestyi celem udowodnienia, gdzie prawda: jodek potasu czy antypyreza leczy dur brzuszny? Co do téj kwestyi należy wysłuchać zdań naszych znakomitości klinicznych i to wysoko poważanych. I tak prof. Nothnagel mówiąc w wied. Tow. lek. o antypyrezie w gorączce i durze brzusznym, odezwał się przeciw nadużyciu, jakie obecnie zapanowało w naszéj praktyce, to jest przeciw ogólnemu leczeniu gorączki *à tout prix* (własne słowa). Głównie narzeka na błędne zastósowanie chininu, przepowiadając prawie ze wzgardą rychły jego tutaj upadek. Twierdzi daléj, że ma to przekonanie, do którego „wielu innych badaczy się przyłącza“, iż gorączkę w znacznéj ilości przypadków liczyć wypada do akcyj najdobrotliwszych i do tych objawów reakcyjnych, które uważać należy za prostujące zboczenia przyrody. To zakrawa coś na *more antiquo* (Przyp. autora). Ciekawszém twierdzenie tego autora, że zniżenie ciepłoty ani na jeden dzień nie skraca przebiegu choroby, dodając, wiemy, że są choroby durowe, które prawie bez gorączki przy nieprzewidzianéj okazyi kończą się śmiercią. Znamy mnóstwo nader ważnych objawów w gorączce wcale od wysokiéj ciepłoty niezależnych. Kończy wreszcie swój rozbiór, że w ogóle trzeba twierdzić, iż ciepłota nie przekraczająca 40°C. chorego nie zabija (*Wien. med. Presse*, 1884, Nr. 46. str. 1474). Prof. Ebstein pisze: „W durze brzusznym dzieje się, że pomimo trwającéj wysokiéj ciepłoty nie zagraża ztąd główne niebezpieczeństwo. Widziałem mówi,

przypadki zakończone śmiercią, które wcale nie ulegały wyższéj ciepłocie, niż inne które wyzdrowiały; wielu nawet przeciwnie ozdrowiało przy trwaniu wyższéj ciepłoty przez czas dłuższy niż u pomarłych (*Ebstein Unterleibtyphus*, 1885, str. 19). Daléj twierdzi, iż powstaje teraz coraz większe przekonanie, że zniżenie ciepłoty do lepszego przebiegu duru zupełnie się nie przyczynia. Zaczęto nawet uważać gorączkę za mądre urządzenie przyrody; rzecz jawna, że bez antypyrezy pozyskać się dają dobre skutki w chorobie durowéj. Do tego daléj Unverricht w Wrocławiu wykazał błędy wszystkich metod ciepłotę zniżających (*Deut. med. Woch.*, 1885, Nr. 5), z czego rozwija się obecnie reakcyja wprost przeciw „*die sogenannte Antipyrese*", a przeciw hydroterapii głównie, usiłująca zastósowanie ograniczyć lub téż skasować (Ebstein, l. c., str. 39—40). Prof. Ewald podając treściwie swe zdanie o antipyrezie, zwłaszcza o nowych środkach przeciwgorączkowych, powiada, iż badając sposoby działania tych leków, można się przekonać, jako pod żadnym względem nie są one *antifebrilia* jeno *antithermica*. Trudno te środki zwać przeciwgorączkowemi, które jeden tylko symptom atakują i to wcale nie *sedem morbi* (co zwykle *morbi pathogenesis* się zowie, przyp. aut.), zkąd wynik jawny, że wszystkie te środki, mówi E., na właściwy proces gorączkowy żadnego nie wywierają wpływu, wyższa bowiem ciepłota po zaprzestaniu działania tych leków wraca bezpośrednio i podnosi się. Trafny jego przykład, przyrównywający skutek antypyrezy do rozgrzanego pieca obok otwartego okna, gdzie mimo chłodu przy oknie piec nie przestaje być rozgrzanym, niechaj łaskawy czytelnik w oryginale odczyta (*Berl. klin. Woch.*, 1885, Nr. 19, str. 307). Dujardin-Beaumetz pyta się, czy wysoka ciepłota naprawdę takie niebezpieczeństwo przedstawia, że ją koniecznie należy zniżać. Wszak, powiada, trzeba przyznać, że zniżenie ciepłoty jeszcze nie znaczy zwalczenia gorączki a nadewszystko nie głównéj przyczyny, gorączkę powodującéj. Utrzymywanie duru brzusznego stale na wysokości 38° ciepłoty, co teraz łatwo, nie jest *guerir cette fievre typhoide* i to jest prawdą. Albowiem przez zastosowanie tutaj antipyrezy czasu choroby ni na dzień, ba ni na godzinę nie potrafimy skrócić. Całe takie leczenie odnosi się tylko do jednego objawu choroby (*Bulletin de Therapeut.* t. 109, 1885, str. 309 i 311). Nieco daléj tamże przytacza Liebermeistra i jego szkołę, który usiłował z ciepłoty gorączkowéj wyprowadzać wnioski o zwyrodnieniu ważnych narządów w ustroju, jak wątroby, nerek, serca i mięśni; wtedy byłaby racyja zwalczania takiéj ciepłoty, ale na nieszczęście mówi: „*il n'y a rien de demontré a cet egard*" (l. c.). Prof. Senator w dość obszernym wykładzie w Ber. Tow. lek. rekapituluje rzecz o durze brzusznym co do swych dawnych poszukiwań z 1869—1872 r. pod względem podniesionéj ciepłoty w gorączce i twierdzi obecnie przeciw Liebermeistrowi niezmiennie, że gorączka z wysoką ciepłotą ani tych zmian w materyi ani zwyrodnień miąższowych nie sprawia. S. w swym szpitalu zawsze leczył chorobę całą ale nigdy jednego objawu (*Berl. klin. Woch.*, 1885, Nr. 44, str. 748). Dodaje tamże, iż jest w możności wykazać setki durowych przypadków pomyślnych, gdzie chorzy przez wiele dni miewali ciepłotę 39—40°, *ohne irgend wie einer antipyretischen Behandlung unterworfen zu werden* (l. c., str. 748)). Nadmienia nakoniec, że w razie grożącego choremu zapadu używa jak dawniejsi lekarze podniecających leków, jak *Castor., Mosch., Camph.* (l. c., str. 750). Słynny Cohnheim w swéj klasycznéj patologii ogólnéj tak określa znaczenie gorączki . Zanim znaczne osłabienie serca nastąpi, może, jak kilkakrotnie zaznaczałem, upłynąć wiele czasu; jeśli zaś ktoś umiera w pierwszych dniach gorączkowéj choroby, jak to bywa w bardzo ostrych zakażeniach, to za powód śmierci nie należy stanowczo uważać gorączkowéj ciepłoty ale raczéj daną chorobową zarazę, która zarazem gorączkę wywołała. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Lewis S. Pilcher (New York): **O podwiązaniu tętnic jako sposobie profylaktycznym po nagłém, zupełném i trwałém zatkaniu głównych żył u nasady odnóg.**

Przy nagłém zupełném i trwałém zatkaniu głównych żył odnóg u nasad tychże (części dośrodkowych) przychodzi do znacznych utrudnień w krążeniu, P. zadał więc sobie w tych przypadkach 2 pytania: 1) czy krążenie oboczne jest w stanie przepuścić dostateczny strumień krwi, ażeby przeszkodzić trwałym zboczeniom w krążeniu i odżywieniu, 2) czy w razie takiego zatkania w ogóle środki profylaktyczne i jakie są w stanie zmniejszyć siłę i ilość dopływającéj krwi tętniczéj w odnodze. Wykluczyć tu należy powolne zamknięcie żył, gdyż w takich razach krążenie oboczne bywa już dostatecznem do wyrównania przeszkód w krążeniu jak doświadczenie poucza.

Rozważając tę rzecz ze względów anatomicznych Sappey w swojéj anatomii podaje „że istnieje znaczna ilość kolateralnych połączeń pomiędzy wielkiemi pniami żylnemi szyi a nasadą górnéj odnogi; kanały znacznie otwarte i przepuszczające treść a że przy zranieniu żył u podstawy szyi chirurg może je podwiązać bez obawy przerwy w krążeniu". Twierdzenie to jednak S. opiera na ograniczonéj liczbie doświadczeń.

Co do odnóg dolnych to Nicaise twierdzi, że po podwiązaniu żyły udowéj u nasady odnogi krążenie powrotne jest zapewnione, jakkolwiek w mniejszym stopniu jak na odnodze górnéj. Z tém zgadzają się Richet i Verneuil, Braune (Lipsk) zaś zaprzecza temu, w doświadczeniach bowiem nie udało mu się u młodych zdrowych osób przy parciu wynoszącém 20mm. Hg. przeprowadzić płyn z części obwodowych żył udowych do żył miednicy.

Nowsze doświadczenia Brauna (Heidelberg), w liczbie 40 rzecz tę lepiéj wyjaśniają. Przy wszystkich doświadczeniach podwiązano żyłę w wysokości więzadła Pouparta. W jednym przypadku płyn wstrzyknięty dostał się do żył miednicowych z wielką łatwością pod ciśnieniem 10mm.Hg. wykazując dostateczny rozwój dróg obocznych krążenia; w przypadku tym jednak oddawna istniejący obrzęk gruczołów chłonnych pachwinowych przyczynił się do tego rozwoju obocznych gałęzi. W 7 innych przypadkach wystarczało ciśnienie 10—20mm.Hg. do uskutecznienia tego, a *vena obturatoria* i *ischiadica* były najczęściéj kanałami pośredniczącemi, rzadziéj *v. sacralis media, circumflexa* i *vv. lumbales.* W 8 przypadkach potrzebowano do uskutecznienia tego ciśnienia od 50—70mm., w 8 od 70—120mm., w innych 8miu 120—150mm.; z pozostałych 8 przypadków w 2 potrzeba było ciśnienia 150—170mm, a w pozostałych 6 pomimo ciśnienia 200mm. nie można było przyprowadzić do skutku połączenia pomiędzy żyłą udową a żyłami miednicy; w niektórych przypadkach podniesiono ciśnienie do 300mm. W 1/5 więc przypadków ciśnienie nieprzewyższające prawidłowego ciśnienia krążenia włosowatego (20mm.Hg. według Kreisa)

wystarczało do swobodnego powrotu krwi do żył tułowia. W tych więc przypadkach zatkanie żył udowych za życia nie byłoby było wywołało zaburzeń w krążeniu. W następnéj grupie $^1/_5$ przypadków, gdzie użyto podwójnie albo potrójnie większego parcia niż w stanie prawidłowym naturalne akcesoryja krążenia żylnego jak ciśnienie mięśni, aspiracyja, ciężar byłyby ułatwiły odpływ krwi za życia. W grupach 3 i 4, t. j. w $^2/_5$ całéj liczby, wywarte ciśnienie byłoby sprowadziło znaczne zaburzenia w krążeniu za życia. W ostatniéj grupie, $^1/_5$ całéj liczby, użyto siły do wywołania drożności przenoszącéj maximum ciśnienia prawidłowego u ludzi, t. j. 150mmHg., podczas gdy w większéj ilości wyższe jeszcze ciśnienie nie przeparło wcale płynu; w tych przypadkach zgorzel odnogi byłaby nieuniknioną.

Jako ilustracyje ze stanowiska klinicznego przytacza autor 2 przypadki ze swojéj praktyki, jeden zaś Dra W. Browninga z Brooklynu. W 1szym przypadku przy wyłuszczaniu gruczołów rakowo nacieklych dla nawrotu raka piersi usuniętego przed 3 laty, zraniono żyłę łopatkową przy wejściu do pachowéj następnie podwiązano żyłę pachową samą; chory wyzdrowiał i żył jeszcze $5^1/_2$ lat z trwałym jednak wzrastającym i bolesnym bardzo (przy zmianach powietrza) obrzękiem całéj odnogi do końca życia. Do tych znacznych zboczeń w krążeniu przyczyniło się głównie podwiązanie wszystkich prawie gałęzi obocznych. W 2gim przypadku przy wyłuszczeniu raka wielkości jaja u nasady szyi w dołku podobojczykowym prawym, dla nawrotu raka piersi wyłuszczonego przed 2 laty, zraniono żyłę jarzmową wewnętrzną i poprzeczną szyi a po uwolnieniu zewnętrznéj części guza podczas ciągnienia i tępego wyłuszczania go z łożyska nastąpił obfity krwotok ze szpar z żył: jarzmowéj wewnętrznéj i podobojczykowéj, które powyżéj i poniżéj miejsca zranienia podwiązano; również podwiązano żyły: jarzmową zewnętrzną, poprzeczną szyi i nadłopatkową; wytworzenie się krążenia obocznego było rzeczą prawie niemożliwą, a gdy odnoga zsiniała i obrzmiewać poczęła z powodu ciągłego forsownego napływu krwi tętniczéj, podwiązał autor natychmiast tętnicę pachową. Wygojenie nastąpiło prawie na całéj przestrzeni przez rychłozrost, na 2gi dzień po operacyi lekki obrzęk wystąpił na twarzy, po stronie podwiązania żyły szyjnéj wewnętrznéj nie było zsinienia i obrzęku palców odnogi operowanej, chora doznawała tylko uczucia przepełnienia żylnego; w 2gim tygodniu po operacyi wystąpił znaczny obrzęk przedramienia, który po 8 tygodniach po użyciu ucisku i mięsienia ustąpił. Chora odzyskała siłę w odnodze i zajmuje się zatrudnieniem swém domowém, odnoga jest nieco niezgrabną, tętno sprychowe dotąd jest niewyczuwalne i rak nie powrócił.

W tym 2gim przypadku z pewnością byłoby przyszło do zgorzeliny odnogi, gdyby autor nie był podwiązał tętnicy pachowéj. (Dok. n.)

Wiadomości pomniejsze.

△ Prof. Wecker dokonał dotychczas 64 operacyj **naciągnięcia nerwu wzrokowego.** Operacyję tę zaproponowaną przez Nusbauma, stosować należy podług Weckera w wzmagającéj się *ataxia locomotrix*, w stopniowém słabnieniu wzroku, grożącém ślepotą. Operacyja w podobnych przypadkach jest jedyną i niezbędną, gdyż nie tylko nie pogarsza wzroku, lecz owszem wzmacnia go i niekiedy na razie powstrzymuje zupełną jego utratę. Takie polepszenie trwa 3 do 4 lat; bez operacyi natomiast chory traci wzrok w 2 lub 3 miesiące; korzyść zatem widoczna. Do operacyi przystępować należy, gdy w jedném oku pozostało tylko poczucie światła; w niektórych jednak przypadkach przy szybszym postępie sprawy chorobowéj operacyja może być przyspieszoną. Sama operacyja nie przedstawia trudności. Chore oko 5 minut przed operacyją znieczula się kokainem, następnie przemywa się roztworem 1:200, i rozszerza się powieki. Spojówka po wewnętrznéj stronie rogówki oddziela się następnie na 2 ctm. Haczykiem chwyta się ścięgno mięśnia prostego wewnętrznego, przewiązuje się takowe i oddziela od twardówki. Następnie odsłania się pochwę Tenona i dochodzi się do tylnego bieguna oka. Tu zaczyna się najdrażliwsza część operacyi. Zwróciwszy gałkę oczną na zewnątrz chwyta się nerw wzrokowy i ciągnie się ku przodowi przez $^1/_2$ do 1 minuty, poczém puszcza się nerw, przyszywa ścięgno i zakłada opatrunek antyseptyczny, który się zmienia co 24 lub 48 godzin. Szwy usuwa się po 4 dniach. Dla przykładu przytacza Wecker chorego, który przeszłego roku w listopadzie uskarżał się na osłabienie wzroku, trwające już od lat 4 w skutek widocznych objawów ataksyi. Badanie wykazało zwyrodnienie istoty szaréj nerwu wzrokowego, szczególnie w lewém oku, w którém było tylko poczucie światła; w prawém $V = ^1/_4$. Chory nie mógł chodzić bez przewodnika. Po operacyi wzrok wzmocnił się do $^1/_3$, a w lutym rb. polepszenie jeszcze było widoczne. *(Gaz. degli Ospit.* 28 kwietnia i 8 maja).

△ Goldschmith podaje przypadek **uleczenia cierpienia umysłowego za pomocą kastracyi.** Dziewczynę w kilka tygodni po płonicy ogarnął szał i drgawki z innemi oznakami wyraźnego pomieszania: stała się niewstrzemięźliwą, podstępną i bezwstydną. Ani kształcenie w zakładzie naukowym ani oddanie do domu obłąkanych nie przyniosły pożądanego skutku. Od 14 roku cierpienie przybiera charakter peryjodyczny zostający w ścisłym związku z upływami miesięcznemi. Napad zaczyna się od bolów głowy i dolegliwości w okolicy biodrowéj szczególnie strony prawéj. Chora zdradza gwałtowne zaniepokojenie połączone z pragnieniem rozkoszy zmysłowéj, przytém dają się zauważyć i inne objawy ze strony systemu nerwowego. Wyczerpawszy wszystkie środki G. zdecydował się na wycięcie jajników i w 15 miesięcy po operacyi ustąpiły wszystkie chorobliwe objawy. Czyszczenia miesięczne ustały; drobnowidowe zbadanie wykazało normalny stan jajników. (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1886 1 maja).

Ω. **Menstruatio mascula** W. D. Hallbudson w Jackson-Ville podaje w „*Weeckly-Medical-Review*" następujący przypadek: U 26-letniego mężczyzny pojawiła się istotna miesiączka. Objaw ten trwał u niego od 19 r. życia, rozpoczynał się od gwałtownych bólów w krzyżach i w dalszych częściach brzucha, trwających 1—2 dni, poczém z cewki wydzielała się ciecz śluzowo-ropna z licznemi smugami krwawemi. Stan ten trwał 4—5 dni. Mężczyzna ten ożenił się i ma dziecko, w usposobieniu jednak jego można zauważyć wiele kobiecego. *(Petersb. med. Wochenschrift)*.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** W Tryjeście nie czyni cholera wprawdzie dalszych postępów ale szerzy się w okolicy. Także i w Catinara stwierdzono epidemiję wśród robotników zatrudnionych przy budowie kolei Herpolje-Triest. W San Giuseppe pod Rizmanie, gdzie choroba nader gwałtownie wystąpiła było znów kilka przypadków. Ludność stawiła tu opór zaprowadzeniu odpowiednich zarządzeń. Chorym nie chciano podawać leków. Jeden z mie-

szkańców dał kotu przepisany makowiec a zwierzę zdechło wśród objawów zatrucia, dało to powód do pogłoski, że lekarze trują chorych. Zaczęto oblegać dom, w którym znajdowała się komisyja lekarska i chciano wywrzeć zemstę na mordercach. Dr. Rigo dla przekonania mieszkańców, iż są w błędzie, musiał sam zażyć makowiec. Wszelkie jednak usiłowania ze strony lekarzy przekonania mieszkańców nie powiodły się i żandarmeryja musiała wziąść ich w opiekę Cholera szerzy się także w prowincyjach Ferara, Lecce i Bari.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22·4. Z błonicy umarło 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku czerwonki i róży. W tygodniu od 11—17 lipca umarło z ospy: w Warszawie 2, w Wiedniu 1, w Budapeszcie 13, w Pradze 3, w Rzymie 12, w Zurychu 1, w Paryżu 3, w Petersburgu 6. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie 1, w Budapeszcie 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Tryjeście 19, w Wenecyi 6. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 11, w Petersburgu 15. Z odry umarło: w Pradze 14, w Paryżu 34, w Londynie 48, w Petersburgu 17. Z płonicy umarło: w Budapeszcie i Londynie po 10, w Berlinie 9. Z błonicy i dławca umarło: w Budapeszcie 17, w Berlinie 21, w Londynie 24, w Paryżu 21, w Petersburgu 11. Z krztuśca umarło: w Paryżu 16, w Londynie 30.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,3; we Lwowie 21,2; w Brodach 17,8; w Drohobyczu 55,0; w Kołomyi 50,9; w Przemyślu 18,9; w Stanisławowie 5,1; w Tarnopolu 31,3; w Tarnowie 36,7; w Czerniowcach 25,5; w Warszawie 29,8; w Poznaniu 33,5; w Opawie 47,5; w Ołomuńcu 33,3; w Pradze 35,2; w Wiedniu 22,5; w Salcburgu 17,6; w Gracu 25,1; w Tryjeście 50,6; w Insbruku 33,2; w Berlinie 32,3; we Wrocławiu 31,4; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 25,8; w Hamburgu 22,7; w Kolonii 27,4; w Lipsku 24,2; w Mnichowie 25,2; w Strasburgu 26,0; w Amsterdamie 20,3; w Bazylei 16,9; w Brukseli 29,5; w Budapeszcie 36,0; w Chrystyjanii 15,1; w Genewie 24,5; w Kopenhadze 20,9; w Londynie 21,1; w Odesie 42,3; w Paryżu 22,7, w Petersburgu 28,8; w Rzymie 25,0; w Stokholmie 24,4; w Wenecyi 26,8; w Zurychu 15,4. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

~~* Kraków d. 5 sierpnia.~~ Ministerstwo oświaty potwierdziło uchwałę Wydziału lek., mianującą Dra Józefa Surzyckiego elewem kliniki lekarskiéj od 1 października 1885 do końca roku szkolnego 1886/7.

* Administracyja sanitarna w Konstantynopolu wysyła rodaka naszego i spółpracownika naszego pisma Dra Jabłonowskiego na zwiedzenie pod względem sanitarnym wybrzeża Morza Adryjatyckiego a zatém na pogranicze Dalmacyi, Czarnogóry i Albanii. Celem téj misyi jest czuwanie nad rozwojem cholery. Kolega nasz już kilkakrotnie spełniał szczęśliwie trudne misyje w razie epidemij a zawsze z pożytkiem nauki, życzymy mu i tym razem powodzenia.

* W Priedor, bogatém handlowém miasteczku, położoném przy kolei żelaznéj (w miejscu stacyja) w Bośnii jest do obsadzenia posada lekarza gminnego z roczną płacą 800 zła. z powodu jednak licznych komisyj sądowych i politycznych lekarz może liczyć na 2000 zła. dochodu. (Starosta i 2 sędziów są Polacy). Podania przyjmuje Starostwo. *(Bezirksamt in Priedor).*

W Cieplicach czeskich bawiło do d. 2 sierpnia 5422, w Szczawnicy do 31 lipca 2506 osób, w Gainfarn 1051, w Giesshüblu do 1 sierpnia 339.

* **Lwów.** D. 5 b. m. obchodzić tu będzie Dr. Karol Berthleff, były dyrektor szpitala powszechnego, 50-letni jubileusz otrzymania stopnia Dra medycyny i praktyki lekarskiéj.

Paryż. Zmarły Dr. Mège zapisał Akademii 10,000 franków na nagrodę za dokończenie i uzupełnienie dzieła przez niego rozpoczętego: „O przyczynach tamujących postęp medycyny lub postępowi téjże nauki sprzyjających“.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Dyrektor zakładu dla obłąkanych w Dobrzanie Dr. Arnold Pick mianowany został zwyczajnym profesorem psychijatryi w Uniw. niemieckim. — **Graz.** Na opróżnioną posadę prof. kliniki chirurg. Wydział zaproponował na 1ém miejscu prof. Winiwartera obecnie w Leodyjum w Belgii, na 2ém zaś *ex aequo* proff. Wölflera w Wiedniu i Nicoladoniego w Insbruku. — **Monachium.** Asystent zakładu higijenicznego Dr. Lehmann habilitował się jako docent higijeny.

* **Mianowania.** Starszemi lekarzami rezerwowemi w galic. szpitalach lub oddziałach mianowani: zastępca lekarza asystenta rezerwowego Dr. Jan Węgrzyński oraz elewowie wojskowo-lekarscy I kl. w rezerwie Dr. Bronisław Nałęcz Skałkowski i Dr. Koloman Korodi, lekarzem asystentem rezerwowym elew wojskowo lekarski 1éj kl. w rezerwie Dr. Emil Drobner.

* **Odznaczenia.** Właściciel konc. zakładu krowiankowego w Wiedniu M. Hay otrzymał w uznaniu skutecznego działania na polu szczepienia złoty krzyż zasługi z koroną.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 31: Bagieńskiego: O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowém; Listy z Berlina IV; Kotłubaj: O metodzie Pasteura; Neugebauer (syn): Kilka słów o położnictwie japońskiém. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Fabiana: O kąpielach elektrycznych; Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (c. d.).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 576.

KONKURS.

Zwierzchność miejska w Kozłowie w powiecie brzeżańskim ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną płacą 400 złr. i dodatkiem z oględzin bydła.

Kandydaci ubiegający się o tę posadę wniosą swe podania zaopatrzone dokumentami bezpośrednio do Zwierzchności gminnéj w Kozłowie najdaléj do 15 Sierpnia 1886.

Przedewszystkiem uwzględnieni będą Doktorowie medycyny.

Kozłów d. 28 Lipca 1886. *Wojciech Sokołowski* naczelnik gminy.

KONKURS.

Na mocy uchwały Rady miejskiéj z dnia 18 lipca 1886 rozpisuje się konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, w mieście powiatowém Żydaczowie. Roczna płaca 200 do 300 zła. w miarę jakie kandydat posiada studyja. Doktor medycyny otrzyma pierwszeństwo i wyższe wynagrodzenie. Podania wnieść należy do 14 Sierpnia 1886 na ręce Zwierzchności gminnéj.

Żydaczów 19 lipca 1886.

Burmistrz *Mokrzycki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

O R G A N
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1 $^1/_2$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 14 sierpnia 1886. **№ 33.** Rok XXV.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

III.

Śmierć gwałtowna z uduszenia czy naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

D. 9 lutego znaleziono Katarzynę K., kobietę lat przeszło 40 liczącą, bez życia leżącą pod stodołą Iwana C., twarzą ku górze zwróconą, z rękami nad głową ułożonemi; na piersiach koszula i kaftanik były szeroko rozpięte, klatka piersiowa obnażona; na szyi znajdował się rowek ciemnoróżowy, w okolicy krtani najbardziéj widoczny; na głowie trupa chustka biała z tyłu (nie pod szyją) związana, spodnica wyżéj kolan zadarta, na prawém kolanie i na dłoni prawéj ślady gliny, lewy rękaw kaftanika poza dłoń wyciągnięty, za kołnierzem onego źdźbło słomy owsianéj; pod krzyżami 8 sztuk korali; reszty korali, które zmarła zawsze miała na szyi, na miejscu znalezienia zwłok odszukać nie zdołano. Na 22 kroki od trupa znaleziono akt sądowy, własnością Katarzyny K. będący, oraz chusteczkę, a pod śniegiem wydeptanym tamże znajdowała się glina. Od tego miejsca do stodoły wieśniaka Mikołaja S. jest 60 kroków. Dnia następnego wójt w stodole téj znalazł dwa świeże legowiska ze słomy owsianéj a pod nią 15 sztuk korali, na boisku 8 sztuk korali a przy wejściu do stodoły 4 sztuki.

Dnia następnego lekarze sądowi Dr. A. i chirurg B. odbyli sekcyję sądową, a protokół ich opiewa:

A. Oględziny zewnętrzne. 1) Ciało kobiety około 45 lat liczącéj średniego ciałotworu. 2) Powłoki powszechne na karku, plecach, krzyżach, tylnéj powierzchni odnóg dolnych, tudzież na lewéj połowie czoła i policzka rozpostartemi plamami pośmiertnemi barwy sinéj pokryte. 3) Odnogi górne w górę wzniesione, zaś dolne w zwykłém położeniu, sztywne. 4) W spojówce prawego oka w pobliżu rogówki, a właściwie przy prawym brzegu téjże, wynaczynienie krwi wielkości dwóch główek szpilkowych. Spojówka lewego oka w obydwóch oczach nieco mocniéj nastrzykana. Źrenice ócz miernie rozszerzone. 5) Na lewym policzku w okolicy wyrostka jarzmowego siniec w przestrzeni 1 $^1/_2$cm., przy nacięciu tegoż pod skórą spostrzedz można wybroczenie krwi skrzepłéj ciemnéj. 6) Ponad prawém skrzydłem nosowém siniaczek $^1/_2$cm. długi, a 3cm. szeroki. 7) Ponad górną wargą ust siniaczek 1 $^1/_2$cm. długi, a 3cm. szeroki, po nacięciu skóry w obydwóch tych miejscach zasinionych widać pod skórą małe wybroczynki krwi ciemnéj skrzepłéj. 8) Usta nieco otwarte, brzegi zębów na 1cm. są od siebie oddalone, język ułożony za zębami. 9) Na szyi znajduje się w powłokach powszechnych poprzecznie ułożona około $^1/_2$cm. szerokości mająca pręga, tworząca w skórze zagłębienie brunatno zabarwione. Pręga ta począwszy od połowy szyi przebiega równolegle przez krtań aż do tylnego brzegu wielkiego zginacza głowy po stronie prawéj i wzdłuż całego przebiegu okazuje starty naskórek. Po stronie lewéj szyi i na karku pręgi téj dostrzedz nie można. Poniżéj wzmiankowanéj pręgi znajduje się w okolicy krtaniowéj przeczos 4mm. długości, a 2mm. szerokości mający barwy brunatnawéj, po nacięciu tego przeczosu i powyżéj opisanéj pręgi widać w skórze drobne wynaczynionki. Głębiéj pod skórą i wśród części miękkich szyi wynaczynienia lub podbiegnięcia krwi nie dostrzeżono. 10) Na prawym łokciu po stronie zewnętrznéj przeczos wielkości soczewicy pokryty strupkiem blado brunatnym. 11) Na lewéj brodawce sutkowéj przeczos wielkości małéj fasoli pokryty strupem brunatnawym. 12) Pod lewym sutkiem dwa przeczosy 1 $^1/_2$cm. długości, a $^1/_2$cm. szerokości, pokryte strupkami blado brunatnemi, po nacięciu tych przeczosów nie widać w skórze wynaczynionek.

B. Oględziny wewnętrzne. 13) Powłoki powszechne czaszkę pokrywające na powierzchni wewnętrznéj silniéj nastrzykane, naczynia krwionośne okazują w okolicy ciemieniowéj siniec okrągławy wielkości półcenta a po na-

cięciu tegoż widać wynaczynienie krwi skrzepłéj. 14) Czaszka dość gruba, ścisła, nieuszkodzona. 15) Opony mózgowe przekrwione, mianowicie naczynia żylne tychże krwią ciemną płynną przepełnione. 16) Istota korowa mózgu od rdzeniowéj dokładnie odgraniczona, ta ostatnia na rozkroju okazuje liczne prążki i punkty krwawe, toż samo i móżdżek. 17) Podstawa czaszki nieuszkodzona, zatoki żylne krwią ciemną płynną przepełnione. 18) Krtań nieuszkodzona, toż samo i tchawica, ani w pobliżu tychże ani wewnątrz nie widać wynaczynienia krwi, błona śluzowa tychże różowo czerwono nastrzykana, cieczy pienistéj w krtani i tchawicy nie dostrzeżono. 19) Mięśnie klatki piersiowéj barwy ciemno brunatnéj, w téjże jakoteż w powłokach powszechnych klatki piersiowéj wynaczynienia nie sprawdzono. Żebra klatki piersiowéj nieuszkodzone. 20) Obydwa płuca wypełniają należycie klatkę piersiową, nie są do okostnéj żebrowéj przyczepione i dają się łatwo wyjąć. Obydwa płuca są sprężyste, zewnątrz sino czerwone, w tylnych częściach nieco ciemniéj zabarwione. Pod opłucną płuc wynaczynionek nie dostrzeżono. Miąższ płuc na rozkroju trzeszczy, jest barwy ciemno czerwonéj i wydziela obficie ciecz pienistą czerwonawo zabarwioną. 21) W worku sercowym około 4 gramy cieczy surowiczéj żółtawo zabarwionéj, serce tłuszczem obłożone, wiotkie, komórka prawa próżna, w lewéj znajdowała się krew płynna ciemna, zastawki prawidłowe. 22) Wątroba duża, torebka gładka, miąższ na rozkroju ciemno brunatny, w miejscu przekroju wypływa obficie krew ciemna płynna. 23) Śledziona nieco powiększona, torebka pomarszczona, miąższ na przekroju barwy ciemno wiśniowéj. 24) Żołądek próżny, błona śluzowa pofałdowana, naczynia krwionośne w żołądku w znaczniejszéj przestrzeni silnie nastrzykane. 25) Kiszki cienkie i grube gazami rozdęte, w kiszkach cienkich znajduje się blado żółtawa kleikowata miazga pokarmowa. Błona śluzowa w jednych i drugich nie przedstawia nic osobliwego. 26) Nerki zewnątrz i na rozkroju barwy sino czerwonéj, torebka lekko oddzielić się daje, powierzchnia nerek gładka. 27) Pęcherz moczowy próżny, błona śluzowa blada. 28) Macica wielkości cytryny, ściany téjże dość grube a miąższ na rozkroju blady.

Na podstawie wyniku sekcyi pp. znawcy wydali następujące o r z e c z e n i e:

1. Z objawów sprawdzonych przy obdukcyi zwłok Katarzyny K. wynika, że bezpośrednią przyczyną śmierci téjże był obrzęk ostry płuc.

2. Obrzęk ten płuc, niemniéj przekrwienie opon mózgowych i mózgu, nareszcie wynaczynionki w spojówce prawego oka i przekrwienie spojówki lewego oka przy braku zmian, które w inny sposób śmierć nagłą osoby poprzednio zdrowéj wytłumaczyć mogły, przemawiają z największém prawdopodobieństwem za tém: że śmierć Katarzyny K. nastąpiła w skutek uduszenia, a to uduszenia wywołanego przez osobę drugą, albo przez zadzierzgnięcie szyi, za czém przemawiałaby sprawdzona pręga barwy brunatnawéj, tworząca rowek w skórze szyi obdukowanéj albo przez zatkanie ust i nosa ręką, za czém przemawiałyby obrażenia na twarzy obdukowanéj, które jako za życia powstałe sprawdzono, (l. prot. 5, 6, 7) lub przez obydwa te sposoby jednocześnie wykonane.

3. Na ciele Katarzyny K., zwłaszcza na odnogach górnych i dolnych, tudzież na tułowiu, nie znaleziono znaków do stawianego odporu odnieść się dających, trzy bowiem przeczosy, które na lewéj brodawce piersiowéj i poniżéj lewego sutka się znajdowały, niemniéj przeczos na prawym łokciu nie okazywały przy nadcięciu podbiegnięcia krwi, były pergaminowo suche i prawdopodobnie powstały po śmierci Katarzyny K., gdy zwłoki jéj wleczono po twardéj ziemi na miejsce, gdzie je znaleziono. Okoliczność ta przemawiałaby za tém, że Katarzyna K. nagle i silnie za szyję ściśnięta doznając równocześnie zatamowania przystępu powietrza do dróg oddechowych przez zatkanie ust i nosa ręką, bardzo szybko przytomność utraciła i ani się bronić ani o pomoc wołać nie mogła i prawdopodobnie prędko bardzo się udusiła, gdyż ani w krtani, ani w tchawicy nie znaleziono cieczy pienistéj, która przy dłuższém konaniu zazwyczaj tamże się znajduje.

4. Za śmiercią gwałtowną przez uduszenie, za którą w obecnym przypadku wiele okoliczności przemawia, oświadczamy się tylko z największém prawdopodobieństwem, nie zaś z bezwzględną stanowczością, gdyż pomimo tego, iż nie znaleźliśmy przy obdukcyi zwłok żadnéj innéj przyczyny, którąby nam śmierć nagłą w inny niewątpliwy sposób wytłumaczyć mogła, to zmiany wewnętrzne przy obdukcyi dostrzeżone, o uduszeniu świadczyć mające, nie są tak wybitne, zewnętrzne zaś t. j. obrażenia twarzy i szyi, jakkolwiek je odnieść można do zadzierzgnięcia szyi i do uduszenia przez zatkanie ręką ust i nosa obdukowanéj, nie były znów tak charakterystyczne, aby stanowczo i niewątpliwie gwałtu tego dowodziły.

Sędzia śledczy w dodatku stawia znawcom następujące pytania:

1 P y t a n i e: Czy panowie przypuszczacie możliwość naturalnéj śmierci Katarzyny K., a w takim razie jaka była to śmierć naturalna?

O d p o w i e d ź: Już w powyższém orzeczeniu orzekliśmy, iż najbliższą przyczyną śmierci Katarzyny K. był obrzęk ostry płuc. Ponieważ przy obdukcyi zwłok nie znaleźliśmy żadnych wad organicznych serca ani téż innych objawów chorobowych, któreby obrzęk tego rodzaju za sobą pociągnąć mogły, przeto już przez to samo wykluczyliśmy śmierć naturalną.

2 P y t a n i e: Czy znaki na szyi i w okolicy ust na ciele zamordowanéj skonstatowane zadane zostały za życia lub po śmierci?

O d p o w i e d ź: Co się tyczy pręgi w postaci rowka na szyi sprawdzonéj nie możemy stanowczo orzec, iż takowa za życia powstała, gdyż podobne pręgi przez zadzierzgnięcie szyi na trupie wywołać się dają, nie różniąc się od prąg tego rodzaju za życia powstałych. Co się tyczy znaków na policzku lewym ponad wargą górną i na prawéj stronie skrzydła nosowego sprawdzonych, to takowe powstały za życia, gdyż w miejscach tych sprawdzono wynaczynienia krwi skrzepłéj.

3. P y t a n i e: Na przypadek, jeżeli znaki na szyi zadane zostały za życia, upraszam pp. o wyjaśnienie, jakiém narzędziem lub czém takowe zadane zostały, niemniéj jak się da wytłumaczyć, iż pręga rozciąga się na całéj szyi i na karku się gubi?

O d p o w i e d ź: W obecnym przypadku mógł to być sznur korali i obszewka koszuli, że zaś pręga ta po stronie prawéj szyi była widoczna, zaś po lewéj i na karku nie, dałoby się w ten sposób wytłumaczyć, że ucisk dostatecznie silny, aby podobną pręgę za sobą pociągnąć, silnie działał tylko na prawą połowę szyi począwszy od krtani aż do tylnego brzegu wielkiego zginacza głowy.

4. Pytanie: Czy na przypadek uśmiercenia przez uduszenie mogło być to uduszenie wykonane tylko przez jednę osobę i czy też jedna osoba mogła następnie zwłoki przenieść lub też przewlec na inne miejsce w odległości do 70 kroków?

Odpowiedź: W obecnym przypadku prawdopodobnie tylko jedna osoba wywołała śmierć z uduszenia i jedna osoba mogła trupa następnie zanieść lub zawlec na odległość 70 kroków.

W Sądzie obwodowym w P. d. 20 lutego zapytani znawcy Drowie C. i D. na podstawie aktów podają:

Z oznak znalezionych przy obdukcyi jakoto: obrzmienia płuc, występowania krwawéj piany na przekroju tychże, przekrwienia mózgu, który na przekroju okazuje wielką ilość punktów krwawych, wnosimy, że badana umarła w skutek ostrego obrzęku płuc przez nagle zatamowanie oddechu. Ponieważ nieprawdopodobném jest, ażeby taki obrzęk płuc u osoby zdrowéj nagle nastąpił i śmierć wywołał, to nie podlega wątpliwości, że badana w gwałtowny sposób życie utraciła, gdyż pręga poprzeczna na szyi z wybroczynami krwi w skórze widocznie zdziałaną była za życia przez uciśnienie szyi jakąś opaską a uciśnienie to na każdy sposób wystarczyło, aby ofiarę życia pozbawić. Uduszenie zatém nastąpiło przez ścieśnienie tchawicy i ściągnienie ku lewéj stronie szyi, w skutek czego na lewéj stronie szyi pręga się gubi i ku tyłowi na kark się nie rozciąga. (Dok. n.)

II. Jak skuteczniéj leczyć dur brzuszny, antipyrezą czy jodkiem potasu?

Napisał i podał

Dr. Henryk Jeleński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Tak więc i tutaj znowu spotykamy się z owym dla całéj patologii gorączki nader ważnym punktem, że we wszystkich gorączkach, podlegających naszemu spostrzeganiu, zaburzenia obrotu ciepłoty jak najściśléj związane są z pozostałemi objawami i skutkami danéj choroby. Dopiero wtedy, gdy uda się ściśle i na pewno odróżnić, co należy odnieść do danéj choroby a co do patologicznego zachowania się właściwéj ciepłoty, będziemy mogli dojść do zupełnego zrozumienia sprawy gorączkowéj. Wtedy też spodziewam się, powiada Cohnheim, nabędą lekarze trwalszego przekonania, że gorączka, aczkolwiek nie wolna od niebezpieczeństwa, jest mądrém urządzeniem natury naszéj (Pat. ogól., t. III, str. 339). Sam Liebermeister w swéj ostatniéj pracy przychodzi do wniosku, że w niektórych razach gorączkę nazwać można obronicielką ustroju (*eine Wehraction*). Pisze daléj, iż nowsze doświadczenia istotnie przemawiają za tém, że gorączka w niektórych infekcyjnych chorobach okazuje oczyszczające działanie (*depuratorische Wirkung*), jak poprzednicy nasi przyjęli powszechnie, skoro właśnie podwyższenie ciepłoty przyczynia się do zniweczenia i oddalenia jadu chorobowego (*Vorlesung. über speciel. Pathol.*, t. I. *Infectionskrkh.*, 1885, str. 40). Widzimy więc, że znakomici klinicyści na teraz jawnie i otwarcie ganią i po części zrzekają się leczenia antypyretycznego *à tout prix.* Taki Cohnheim znowu a za nim Ebstein patrzą na gorączkę, jako na mądre urządzenie przyrody a sam Liebermeister zabiera się do uznania gorączki za *eine Wehraction,* w chorobach zaś zakaźnych za *eine depuratorische Wirkung.* Ztąd jasny widnieje wniosek, że wszelka walka przeciw urządzeniu przyrody nie odpowiada racyjonalnemu postępowaniu. Notatki tu zebrane mają przekonać, że nasze powagi kliniczne inaczéj całkiem zapatrują się na stan gorączkowy i antipyrezę jako moment terapeutyczny w obec okazanéj chęci szan. autora wykładu do bezwarunkowego bronienia *quand même,* nawet z niejaką uporczywością, metody przeciwgorączkowéj. Jeszcze jedna uwaga: Dr. Pisek w swoim wykładzie szuka w wystąpieniu Liebermeistra w Kopenhadze ważnéj obrony i podpory dla antipyrezy. Otóż z bliska cała ta obrona już nader nieśmiałą się okazuje. Radzi bowiem Liebermeister, ustanowić koniecznie dokładne wskazania a wybrać chwilę działania właściwą. Oprócz termometru zwracać poleca baczną uwagę na czas trwania gorączki, właściwość osobnika chorego itp. warunki, rzecz więc jasna, że ciepłota i antipyreza nie są jedynemi normami leczniczego postępowania. Mimo atoli takiéj rezerwy w wykładzie znalazł tamże ostrych i nieubłaganych przeciwników w prof. Bouchardzie z Paryża i Worfingerze z Stokholmu, o czém szanow. Dr. Pisek zupełnie nie wspomina. W dyskusyi twierdzą oni przeciwnie, że wysoka ciepłota nie jest bynajmniéj treścią jakiéjkolwiek gorączki, jestto tylko objaw zakaźnéj choroby, zniżenie ciepłoty nie jest tu właściwém leczeniem; ciepłotę wyższą sprawia jad infekcyjny, w miejsce więc antipyrezy wypada się brać do terapii przyczynowéj i przeciwzarazkowéj, zalecając w durze brzusznym kw. karbolowy itp. W dalszéj dyskusyi występuje Dr. Rothe z Altony z uwagą, iż w durze brzusznym uzyskał korzystny wynik w leczeniu jod-karbolem (*Berl. klin. Wochenschrift,* 1884, str. 599, podano przepis jod-karbolu). Z tego tedy jawnieje, że krytyczne zarzuty i opozycyjne pociski przeciw wyż wykazanym heretykom, niedowiarkom téj antipyrezy skierować należy. Reakcyja obecnie przeciw antipyrezie w terapii występująca, którą szan. autor wykładu nieznaczną nazywa, okazuje się wyraźnie zasadniczą i nader rozległą a to zwłaszcza na całéj linii chorób ostrozakaźnych i pasorzytnych. Ale rzecz gorsza, że taki klasyk jak Cohnheim, Ebstein, nawet *horribile dictu* sam dotychczasowy obrońca antipyrezy *à tout prix* Liebermeister, usiłują *more antiquo* gorączkę wytłumaczyć w ogóle jako mądry i zbawczy objaw przyrody, a to mimo dowcipku przez szan. Dra Piska w wykładzie rzuconego.

Także i sprawozdanie Dra Mendelsohna z IV kongresu lekarskiego w Wiesbadenie nic pocieszającego dla antipyrezy przytoczyć nie może. Dyskusyja pisze w tém przedmiocie była dokładna i obfita ale rzecz ciekawa, że w całéj rozprawie widniało to znaczące i poważne stanowisko, iż leczenie przeciwgorączkowe nie posiada już tego bezwarunkowego znaczenia co przedtém. Najważniejsze są przemówienia Strümpfla, Bauera, Rossbacha, Heubnera, v. Jakscha (*Zeitschrift f. klin. Med.* T. 9, p. 596; *Verhandlung des 4ten Congreses* p. 141—165, 7—170—4). W łonie więc znakomitego zebrania koryfeuszów naszéj nauki reakcyja wyraźne czyni postępy, więc *alea jacta,* jedném słowem dominująca dotąd metoda leczenia ostrozakaźnych chorób i duru brzusznego naturalnie chwieje się teraz w swych podwalinach. Istotnie dziwić się wypada, jeśli jeszcze znajduje się odważny obrońca jawnie zdyskredytowanéj metody przeciwgorączkowéj. Że nawet sam Liebermeister, na którego zdania szan. autor wykładu często się powołuje, już wcześniéj rozpoczął w patologii gorączki niejaki odwrót, świadczy jego mowa na zebraniu Fryburskiém, miana jeszcze w 1883 r. o nowszych usiłowaniach

w terapii. Przyznaje, że obok symptomatycznego dochodzimy do etyjologicznego badania chorób, czyli do odkrycia przyczyn zmian patologicznych, gdzie się odkrywa i wyjawia cały zasób drobnowidowych tworów jako zarodki choroby, zwłaszcza zakaźnéj, co daje powód do ogromnego przewrotu w terapii. Przyznaje, że zwalczanie tych pasorzytów staje się ważném zadaniem leczenia, wskazuje więc na nasz jedyny obowiązek szukania swoistych środków dla dopięcia pożądanego celu, co dopiero będzie stanowić racyjonalne postępowanie. W końcu wyznaje swą wiarę w możność odkrycia takich leków, przez co leczenie chorób zakaźnych stanie się pewniejszém (*Berl. klin. Wochenschr.* 1883 Nr. 41, p. 625 i dal.). Tutaj uznaje wyraźnie metodę patogenetyczną w terapii za jedynie wskazaną. Jasny dowód, że cała antipyreza podług zeznania samego Liebermeistra, głównéj powagi szan. Dra Piska w jego wykładzie, może mieć byt tylko tymczasowy aż do chwili poznania środków swoistych w leczeniu chorób zakaźnych i pasorzytniczych. Każdy więc sumienny i myślący lekarz obowiązkowo starać się powinien, aby w tak żywotnéj kwestyi, jaką jest osobliwie leczenie duru brzusznego dojść do własnego poglądu bez *„jurare in verba magistri.“*—Wszak ani stanowisko w hierarchii lekarskiéj, ani miejscowość zamieszkania nic a nic nie może zadecydować. Lekarz praktyczny może i musi się trzymać jedynie drogi racyjonalnego doświadczenia i wypróbowanych faktów; jeśli zaś kto zbacza na manowce teoryi, która zwykle po większéj części okazuje się ułudną, a nie ma ani jednego nawet faktu do poparcia swych teoretycznych twierdzeń, lepiéj aby wszelką dyskusyję w kwestyi praktycznéj ominął. Nasza nauka lekarska wskroś realistyczna, może jedynie drogą doświadczalną postąpić; na nic dedukcyja, tu indukcyja czegoś nas nauczyć potrafi. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie von Prof. Dr. Th. v. Jürgensen. Tübingen, 1886, str. 794.

Przed miesiącem ukazało się w handlu księgarskim powyższe dzieło, które zainteresowało szerszą lekarską publiczność, przez wzgląd na autora, znanego już zaszczytnie z gruntownych prac na tém polu. Dla braku miejsca w szczegółowy rozbiór wdawać się tu nie możemy, aczkolwiek chętniebyśmy to uczynili, podnosząc zalety tego napozór krótkiego, lecz wyczerpującego podręcznika. Na 794 str. zebrał autor treściwie wszystko, co nietylko dla ucznia medycyny jest potrzebném, lecz i dla lekarza okazuje się wystarczającém; a nadmienić muszę, że bardzo starannie opracowany został dział leczenia, tak często niestety w innych podręcznikach pomijany lub lekko traktowany.

Że metoda leczenia nosi na sobie piętno autora, temu dziwić się nie można, a łatwo można się było spodziewać, że leczenie zimną wodą w rozmaitych postaciach, w durze brzusznym i innych ostrych zakaźnych chorobach, będzie przez autora gorąco polecaném. W ogóle dział chorób ostrych zakaźnych może najlepiéj został opracowany, niemniéj téż i choroby nerwowe, przy których w krótkich słowach autor podał potrzebne objaśnienia z patologii nerwów. Niepotrzebnych teoryj i długich hipotez tutaj nie spotykamy, bo autor liczył się z praktycznością wydawanego przez się dziełka i jak sądzę, cel ten zupełnie osiągnął. Na końcu zaś podręcznika znajdujemy spis recept (72) używanych w poliklinice Tübingskiéj, zostającéj pod kierunkiem autora. Śmiało polecić możemy powyższe dziełko dla jego praktycznych zalet, a i cena jest przystępna, bo wynosi tylko 15 marek.

Dr. J. S.

Dr. Ritter: **Afazyja i mania przemijająca u człowieka, który wisiał nad 10 minut.**

Dr. R., lekarz wojskowy w Newasinie (w Bośnii) otrzymał d. 2/4 o godzinie $2^1/_4$ popoł. doniesienie, że żołnierz 25 l liczący w areszcie powiesił się. Dostawszy się na miejsce znalazł owego żołnierza wiszącego na rzemieniu z stopami o $^1/_2$ metra od podłogi oddalonemi. Śród przecięcia rzemienia wiszący spadł na ziemię, nie poniósł atoli obrażenia. Po przeniesieniu wisielca na świeże powietrze prócz ciepłoty ciała właściwéj R. nie zdołał sprawdzić bicia serca; mimo to usiłował wskrzesić oddechy a po upływie mniéj lub więcéj $^1/_2$ godziny spostrzegł lekkie drganie w prawym mięśniu piersiowym a wkrótce potém oddech płytki; po upływie godziny nastały oddechy dobrowolne, jakkolwiek rzadkie i nieprawidłowe. Sinica tymczasem ustąpiła, miejsce jéj zajęła zrazu bladość a następnie zaczerwienienie twarzy znaczne, tętno stało się macalném było jednak nieprawidłowém, małém i szybkiém, oddechy przepuszczały a rzężenia były słyszalne nawet dla daléj stojących; brak zupełny świadomości, źrenice *ad maximum* rozszerzone, rogówka i skóra nie oddziaływały na drażnienie. Brózda na szyi, zrazu dokładnie widoczna, znikła po upływie 2 godzin. Po zastrzyknięciu kamfory i faradyzacyi nerwów piersiowych oddechy stały się głębokiemi; po upływie dalszych 2 godzin tętno 96, oddechów 16, zresztą jak poprzednio. O godzinie $6^1/_2$ wieczorem wystąpiły silne drgawki, oraz napad szału gwałtownego, tak że musiano choremu założyć kaftan; po zastrzyknięciu morfinu spał do 8éj zrana; po przebudzeniu się stan prawidłowy oddechania i tętna, źrenice jeszcze mocno rozszerzone, natomiast afazyja; świadomość jednak powróciła, albowiem chory na pytania odpowiadał na migi. Afazyja ustąpiła dopiero po upływie 24 godzin, a wtedy chory okazywał zupełną amnezyję od chwili ściągnięcia rzemienia. W kilka dni potém żołnierz pełnił już obowiązki swoje i ani pod względem cielesnym, ani umysłowym nie zdradzał żadnych zboczeń. *(Allg. W. med. Ztg.*, 1886, Nr. 31).

(Uderza w tym przypadku możność docucenia się wisielca po upływie choćby 10 minut; czy bicia serca istotnie nie było już, wątpić atoli należy. Wystąpienie szału zdarza się u duszonych, a co się tyczy afazyi, zachodzi pytanie, czy nie wypada kłaść jéj na karb owego spadnięcia wisielca. *Przypisek Sprawozd.*) *L. B.*

Lewis S. Pilcher (New York): **O podwiązaniu tętnic jako sposobie profylaktycznym po nagłém, zupełném i trwałém zatkaniu głównych żył u nasady odnóg.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Porównajmy teraz te doświadczenia autora co do odnogi górnéj z doświadczeniami Brauna dotyczącemi odnogi dolnéj. Z pomiędzy 37 przypadków zebranych przez Brauna w 18 podwiązano samą żyłę udową w wysokości więzadła Pouparta, w 13 zraniono żyłę przy wyłuszczaniu guzów z pachwiny. W żadnym przypadku wyłuszczenia guza w pachwinie nie nastąpiła zgorzel, w 6 z nich zboczenia były bardzo nieznaczne, w 5 innych znaczniejsza sinica wnet ustąpiła, zejście śmiertelne w 2 przypadkach miało za przyczynę ropnicę i inanicyję. Korzystny ten przebieg tłumaczyć sobie należy rozwojem krążenia obocznego z powodu ciągłego ucisku guza w pachwinie na główny pień żylny. Nie ma to miejsca w pasze, gdzie zazwyczaj guz wcale nie uci-

ska naczyń leżąc poniżéj naczyń i nie ciążąc zatém na nich, gdy w pachwinie przeciwnie się rzecz ma, twardsze utkania, ciężar guza i naprzemian napinanie i zwalnianie przy zginaniu i prostowaniu uda wkrótce przyczyniają się do zatkania żyły. Z 5 przypadków ostrych zranień, w których wykonano wysokie samoistne podwiązanie żyły w 2ch nastąpiła zgorzel. Różnica więc widoczna między guzami i zranieniami. W przypadku 3im Browninga *V. saphena interna* została zranioną przy wyłuszczeniu ropiejącéj dymienicy u 22-letniego mężczyzny i podwiązano ją tuż przy głównym pniu udowym, chory powracał do zdrowia bez żadnych powikłań aż do czasu gdy wstał z łóżka wówczas powstał znaczny obrzęk uda powiększający się osobliwie w ciągu dnia, a po upływie 6ciumiesięcy od operacyi chory z tego powodu był niezdolnym do pracy i domagał się odjęcia odnogi.

Jakiegokolwiek więc rodzaju było zatkanie żyły w ostatnim przypadku wykazuje nam ono dostatecznie, że kanały kolateralne nie wystarczały. Z powyższych spostrzeżeń okazuje się, że znaczne zboczenia w krążeniu występują w zatkaniach żył głównych odnóg górnych, jeżeli równocześnie znaczniejsza ilość mniejszych obocznych dróg zostanie zatkaną, a w odnogach dolnych, jeżeli zatkanie jest nagłém i nie ma warunków do wytworzenia się dostatecznego krążenia kolateralnego.

Następnie stara się Pilcher odpowiedzieć na 2gie pytanie: w jakim stopniu da się profylaktycznie zapobiedz zboczeniom w krążeniu w tych razach przez zmniejszenie siły i ilości dopływającéj krwi tętniczéj. Przypadek, gdzie po podwiązaniu żyły wystąpiła zgorzel odnogi, i drugi, gdzie przy zranieniu żyły udowéj i wielu kolateralnych przebieg był korzystnym po natychmiastowém podwiązaniu tętnicy udowéj poniżéj odejścia *Art. profundae femoris* przemawiają za uprawnieniem do równoczesnego podwiązania tętnicy w przypadku zranienia żyły udowéj; Lidell w „międzynarodowéj encyklopedyi chirurgicznéj“ *(Injuries of the Blood Vessels.* Vol. III, p. 213) broni tego postępowania, Braun zaś sprzeciwia się temu podając je jako niebezpieczne. W 11 przypadkach przytoczonych przez ostatniego autora, w których podwiązano tętnicę udową z powodu zranień zadanych przy wyjmowaniu guzów pachwinowych w 2 podwiązano tętnicę samą; w 1szym Langenbecka przebieg był korzystnym, w 2gim nastąpiła zgorzel odnogi. W 9ciu przypadkach, gdzie podwiązano i żyłę i tętnicę w 6 wystąpiła zgorzel. W téj więc kategoryi przypadków podwiązanie tętnicy udowéj jest niebezpiecznem i niepopartém przez doświadczenie kliniczne.

W ostrych zranieniach wyniki są zmienne; z 7u przypadków 4 uległo zgorzeli. Przypadki te odstraszają od praktykowania podwiązania tętnicy udowéj jako metody profylaktycznéj po wysokich zranieniach żył udowych. W przypadku autora, który zakończył się korzystnie (równoczesne podwiązanie tętnicy i żyły udowéj) zranienie żyły miało miejsce poniżéj punktu wejścia *V. saphenae internae.* Rozróżnić należy przypadki, w których to zranienie ma miejsce w wysokości więzadła Pouparta. Że zranienie żyły powyżéj wejścia *venae saphenae internae* w przypadkach, gdzie poprzednio nie było obrzęku w pachwinie, jest znacznie cięższém wykazuje zgorzel, która wystąpiła w 6 przypadkach na 12; wszystkie te przypadki miały zejście śmiertelne z wyjątkiem jednego, w którym wykonano amputacyję. Fatalna ta zgorzel miała za powód ostrą strangulacyję żyły. Że przez podwiązanie równoczesne głównych pni tętniczych i żylnych zgorzel powstaje łatwo sobie wytłumaczyć można; przy zupełném odcięciu dowozu krwi tętniczéj od części pozbawionéj już odżywienia przez ogólną zastoinę żylną zgorzel jest nieuniknioném następstwem.

Braun tłumaczy sobie ją tém, że przez podwiązanie tętnicy zniesiono *vis a tergo* w krążeniu żylném, tém samém zniesiono napływ krwi tętniczéj, który według niego jest w stanie przeprzeć krew przez zastawki głównych gałęzi krążenia kolateralnego. Gdyby jego teoryja była poprawną życzyćby sobie należało w tych przypadkach raczéj zwiększenia aniżeli zmniejszenia parcia tętniczego w odnodze.

Fizyjologiczne spostrzeżenia sprzeciwiają się jednak temu; tylko przez rozszerzenie i rozwój wielu naczyniek przedtém włosowatych bywają nowe drogi utorowane, a nie przez przeforsowanie zastawek żylnych w naczyniach włosowatych (Sappey i Nicaise), a im większa jest *vis a tergo* w tych przypadkach tém większe niebezpieczeństwo (nekroza). Na podstawie więc swojego doświadczenia klinicznego (w przytoczonym powyżéj przypadku) przychodzi autor do przekonania, że w przypadku zranienia wysokiego żyły udowéj należy profylaktycznie dla uniknienia zgorzeli podwiązać tętnicę udową powierzchowną *(Superficial femoral artery = A. crur.),* w ten sposób ma przyjść do skutku wyrównanie między dopływem tętniczym a odpływem żylnym. W razie równoczesnego zranienia tętnicy i żyły należy podwiązać w miejscu zranienia oba naczynia, a żyłę należy starać się podwiązać ubocznie albo ująć w kleszcze ubocznie usiłując uniknąć w ten sposób zupełnego zamknięcia. Co do odnogi górnéj, skoro doświadczenie wykazało, że odżywienie odnogi nie cierpi po podwiązaniu tętnicy pachowéj, w celu zapobiegawczym należy w tych razach bez wahania podwiązać tę tętnicę.

Z powyższego dadzą się wysnuć następujące wnioski:

1. W razie zatkania głównéj żyły w pasze i jéj mniejszych gałęzi występują znaczne zboczenia w krążeniu i zboczenia odżywcze; to samo ma miejsce na odnodze dolnéj w razie nagłego zupełnego zamknięcia żyły u podstawy odnogi, skoro krążenie oboczne nie mogło się wytworzyć.

2. Nadmierny obrzęk i zgorzel powstają w skutek ostrego przekrwienia odnogi ze strony tętnic, wśród braku warunków odpływu przez żyły.

3. Wytworzenie się krążenia obocznego polega tylko na rozszerzeniu się znacznych ilości drobnych gałęzi, a nie na przezwyciężeniu oporu zastawek u wejścia większych pni obocznych; do tego nie potrzeba zwiększonéj *vis a tergo.*

4. Odpowiednie zmniejszenie ilości dopływu krwi tętniczéj w odnodze, któréj główne wyjścia zostały zatkane stanowi najważniejsze wskazanie lecznicze.

5. Jakiejkolwiek metody użyje się w celu zmniejszenia przepełnienia odnogi krwią żylną, musi ona pozwalać na dopływ dostateczny do odżywienia. Z tego też powodu na odnodze dolnéj nie należy podwiązywać *A. iliacam communem* z powodu już wymienionych niebezpieczeństw.

6. Podwiązanie tętnicy pachowéj na odnodze górnéj i t. udowéj na dolnéj poniżéj odejścia *Art. profundae femoris* są bezpiecznemi środkami zapobiegawczemi w przypadkach, w których zamknięcie dróg żylnych odnogi grozi utratą odnogi z powodu zastoin w krążeniu. *(Annals of Surgery. Vol.* II. 1886 February Nr. 2).

(Sprawozdawca wie, że materyjał tego rodzaju zalega niektóre większe szpitale; w obec ważności takich przypadków byłoby więc rzeczą pożądaną ogłaszać odnośne spostrzeżenia starając się o dokładne obserwacyje pojedynczych przypadków. *Przypisek Sprawozdawcy).* *Dr. Barącz.*

Wiadomości pomniejsze.

△ *„Prawitielstwennyj Wiestnik“* ogłasza rozkaz cesarski do ministra dóbr skarbowych dotyczący **wód mineralnych** w Rosyi, na mocy którego wszystkie źródła mineralne mają na przyszłość być ochraniane od zepsucia i wyczerpania na zasadzie przepisów potwierdzonych przez Cesarza dnia 19 marca 1885.

△ **Możność zakażenia gruźliczego w skutek obrzezania** zwraca na siebie coraz to większą uwagę lekarzy. Zaraz po ogłoszeniu artykułu Dra Lemana, prof. Bergmann nadmienił na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie, że mu się często zdarza widzieć dzieci żydowskie z gruźliczém zakażeniem rany, zadanéj przy obrzezaniu, obok równoczesnego obrzmienia gruczołów pachwinowych; 21 maja w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich prof. Hofmokl przedstawił także dziecko, u którego zarażenie w miejscu rany (nieustępujące żadnym środkiem nawet przeciwkiłowym) powstało prawdopodobnie w skutek zakażenia przy obrzezaniu. (*Wiener med. Blatter* 1886, 27 maja).

△ Prof. Corbett zaleca w cierpieniach skórnych **trójbromek arsenu** (*arsenum bromatum).* Najstósowniéj zdaniem jego przepisywać rozczyn 0,06 trójbromku arsenu w 8,0 wyskoku z dodatkiem 240,0 syropu. Z mięszaniny téj używa się łyżeczkę po jedzeniu. W jednym przypadku wyleczono tym środkiem w ciągu sześciu tygodni uporczywą łuszczycę (*psoriosis),* wypada jednak nadmienić, że równocześnie używano chryzorabinu zewnętrznie. Dla porównania skuteczności chryzorabinu i trójbromku arsenu używał Corbett w 4 przypadkach samego tylko trójbromku arsenu, w innych zaś 4 wyłącznie chryzorabinu. Trójbromek arsenu okazał się najskuteczniejszym w *acne vulgaris* pochodzenia odruchowego. Z dobrym też skutkiem daje się również zastósować trójbromek arsenu w odmrozinach *(pernio).* (*The N. Y. Medic. Record.* 1886, 17 kwietnia).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 16 czerwca 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 28. Jako goście Drowie: Łucki i Plesner z Oświęcimia, Tarchalski z Zatora, Laskiewicz ze Lwowa. Z Krakowa prof. dr. Wróblewski, oraz Drowie hr. Hubert Krasiński, Krokiewicz, Kulczyński i Szymański.

1. Dr. Odo Bujwid z Warszawy miał wykład o szczepieniach ochronnych metodą Pasteura, okazując przyrządy do tych celów służące oraz sposób użycia tychże a zarazem i sposób wykonania operacyi szczepienia na królikach. (Wykład zamieszczony w Nrze 28 Przeglądu Lek. z r. b.).

2. Kol. W. Gluziński wniósł w imieniu Komisyi przemysłowéj wniosek następującéj treści: Tow. lek. krak. przyzwala, aby w jego imieniu Komisyja przemysłowa mogła się porozumiewać z Towarzystwami lekarskiemi we Lwowie, Warszawie, Poznaniu i Wilnie, prosząc o poparcie i wskazówki w pracach Komisyi a redakcyje pism lek. polskich upraszać o powtarzanie w swoich łamach protokołów z posiedzeń Komisyi przemysłowéj, pomieszczanych w Przeglądzie Lek. Wniosek ten Tow. jednogłośnie przyjęło.

3. Kol. Braun omówił kilka przypadków duru powrotnego, które obserwował w oddziale szpitalnym prof. Pareńskiego. Kol. Prus zaś okazał jednocześnie spirylle Obermayera pochodzące z tych przypadków. W ożywionéj dyskusyi brali udział koll.: Ponikło, Warschauer, Paszkowski, Gluziński, Murdzieński i Bossowski. *Dr. Dobruchowski.*

Nadzwyczajne posiedzenie z d. 23 czerwca 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 16.

1. Przyjęto jednogłośnie wniosek Komitetu, aby w ciągu zbliżającéj się uroczystości jubileuszu 25-lecia zawodu nauczycielskiego prof. Teichmana Tow. lek. krak., reprezentowane przez Prezesa, Wiceprezesa i Sekretarza, wyraziło życzenia Jubilatowi.

2. Kol. Blumenstok w zastępstwie kol. Domańskiego zawiadamia w imieniu Komisyi redakcyjnéj, iż z końcem roku bieżącego ubiega 25 lat wydawnictwa Przeglądu Lek. oznajmiając, że zdaniem Komisyi redakcyjnéj okoliczność tę należałoby w odpowiedni sposób obchodzić. Podkomisyja wybrana przez Komisyję redakcyjną, uchwaliła między innemi jako jeden z momentów obchodu téj uroczystości ułożenie i wydanie rejestru wszystkich prac w piśmie tym od czasu jego założenia pomieszczonych. Kol. B. wnosi, aby przedmiot ten, aczkolwiek nie był pomieszczonym na porządku dziennym posiedzenia, wziąść bezzwłocznie pod obrady, wcześniejsze bowiem poznanie zapatrywań Tow. w tym względzie jest nieodzownie potrzebne, aby można począć gromadzenie materyjałów potrzebnych do wzmiankowanego rejestru, przez odłożenie zaś uchwały na czas powakacyjny rzecz znacznie opóźnićby się mogła.—Tow. po uznaniu nagłości wniosku i po przeprowadzeniu obrad jednomyślnie uchwala, aby rejestr został wydany w formie książki, w cenie ile możności przystępnéj. Jeżeliby zaś okazał się niedobór, to ten ma być pokryty częścią z funduszów Tow. a częścią Przegl. Lek. Wykonanie myśli powierza się Komisyi redakcyjnéj z prawem wzmocnienia się w razie potrzeby siłami przyzwanemi z grona Towarzystwa.

Dr. Dobruchowski.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** zdaje się nie szerzyć więcéj a wszelkie doniesienia o wybuchu pojedyńczych przypadków w różnych miejscowościach nawet naszego kraju nie potwierdzają się.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25—31 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·4. Z płonicy umarło 2 (0 z. t.); z dławca 1 (1 z. t.). W tygodniu od 18—24 lipca umarło z ospy: w Warszawie 4, w Budapeszcie 17, w Pradze 2, w Rzymie 5, w Wenecyi, Zurychu, Paryżu i Odesie po 1, w Petersburgu 6. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu i Królewcu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Wenecyi 12, w Tryjeście 16. Z duru brzusznego umarło: w Paryżu 13, w Petersburgu 14. Z odry umarło: w Berlinie 24, w Pradze 10, w Paryżu 22, w Londynie 46, w Petersburgu 23. Z płonicy umarło: w Budapeszcie i Paryżu po 10, w Londynie 15, w Petersburgu 13. Z błonicy i dławca umarło: w Paryżu 22, w Londynie 23. Z krztuśca umarło: w Londynie 32.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,4; we Lwowie 25,6; w Brodach 28,0; w Drohobyczu 22,0; w Kołomyi 22,4; w Przemyślu 23,1; w Stanisławowie 40,8; w Tarnopolu 22,1; w Tarnowie 26,5; w Czerniowcach 22,5; w Warszawie 27,4; w Poznaniu 26,6; w Pradze 38,1; w Budapeszcie 34,2; w Wiedniu 26,5; w Salcburgu 13,7; w Gracu 30,1; w Tryjeście 54,3; w Insbruku 11,8; w Bernie 29,2; w Ołomuńcu 25,6; w Opawie 28,5; w Berlinie 31,5; we Wrocławiu 34,9; w Gdańsku 21,3; w Dreźnie 32,0; w Hamburgu 26,9; w Kolonii 30,3; w Lipsku 21,4; w Mnichowie 35,4; w Strasburgu 38,0; w Amsterdamie 22,2; w Bazylei 16,9; w Brukseli 23,8; w Chrystyjanii 24,6; w Genewie 16,7; w Kopenhadze 20,5; w Londynie 21,5; w Odesie 40,1; w Paryżu 23,4; w Petersburgu 28,6; w Rzymie 22,0; w Stokholmie 22,0; w Wenecyi 24,3; w Zurychu 20,8. *J. B.*

~~VI. Wiadomości bieżące.~~

— 14 nowych posad weterynarzy. Przegląd lekarski

~~* Kraków d. 11 sierpnia.~~ Z przyjemnością wypada nam dziś zapisać na tém miejscu spełnienie jednego z gorących życzeń kraju a zapobieżenie jednéj z piekących jego potrzeb na polu policyjno-sanitarném: Jego c. k. Apostolska Mość raczył najwyższém postanowieniem z d. 17 czerwca r. b. zezwolić na systemizowanie 14 nowych posad weterynarzy powiatowych w Galicyi.

Dotychczas istniało w Galicyi tylko 18 okręgów policyjno-weterynaryjnych, co stosunkowo na kraj rozległy, przeważnie rolniczy, a w którego stosunkach ekonomicznych hodowla bydła nie

małą odgrywa rolę, niewątpliwie było niedostateczném. Obecnie liczba ta zostaje prawie podwójną, a uznanie za to należy się w znacznéj części c. k. Radzcy Namiestnictwa Drowi Biesiadeckiemu, jako właściwemu téj sprawy referentowi.

Podział Galicyi na okręgi policyjno-weterynaryjne będzie obecnie następujący:

Okręgi dotychczasowe: 1) Biała-Chrzanów-Żywiec, 2) Kraków-Wieliczka, 3) Wadowice Myślenice, 4) Bochnia-Brzesko, 5) Tarnów-Dąbrowa, 6) Mielec-Kolbuszowa, 7) Ropczyce-Pilzno-Rzeszów, 8) Nisko-Tarnobrzeg. 9) Jarosław-Łancut, 10) Rawa-Cieszanów, 11) Sokal-Żółkiew, 12) Brody-Złoczów, 13) Zbaraż-Tarnopol, 14) Skałat-Trembowla, 15) Husiatyn-Czortków, 16) Borszczów-Zaleszczyki, 17) Śniatyn-Horodenka, 18) Rohatyn-Brzeżany.

Nowo systemizowane okręgi: 19) Kamionka-Lwów, 20) Bóbrka-Przemyślany, 21) Gródek-Rudki-Jaworów, 22) Przemyśl-Dobromil-Mościska, 23) Kołomyja-Kossów-Nadworna, 24) Stanisławów-Bohorodczany-Kałusz, 25) Buczacz-Tłumacz Podhajce, 26) Stryj-Żydaczów-Dolina, 27) Sambor-Drohobycz, 28) Turka-Stare Miasto, 29) Sanok-Lisko-Brzozów, 30) Krosno-Jasło, 31) Nowy Sącz-Gorlice-Grybów, 32) Nowy Targ-Limanowa.

Miasteczko wymienione na pierwszém miejscu w każdym okręgu będzie siedzibą weterynarza powiatowego.

* Rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu z dnia 17 lipca 1886 r. zakazaną została sprzedaż alkaloidu trującego zwanego „Hopeinum“, jakotéż wszelkich trujący ten alkaloid zawierających przetworów hopeinowych nie wyjmując piwa zw. *Hopein Bier.* (Dz. pp. zesz. XXXIX, Nr. 126).

W Cieplicach czeskich bawiło do d. 9 sierpnia 5799 osób, w Gainfarn 1174, w Giesshüblu do 8 sierpnia 382.

* **Wiedeń**. VI Międzynarodowy Zjazd higijeniczny ma się tu odbyć w r. 1887. Ukonstytuował się już komitet przygotowawczy, którego przewodniczącym obrano Radzcę dworu Schneidera a sekretarzami jeneralnymi prof. Grubera, Dra Kratschmera, prof. Ludwiga, Grubera (z Pragi), prof. Soykę (z Pragi) i prof. Weichselbauma.

Dnia 5 października r. b. rozpocznie się tu Zjazd austryjackich lekarzy weterynaryi i ma trwać dwa dni.

* Ponieważ zdarzyły się przypadki otrucia dzieci w skutek podania im herbaty, znanéj w Austryi dolnéj pod nazwą „*Zweierthee*“, odwaru mieszczącego w sobie większe ilości zasuszonych główek makówkowych, Magistrat z polecenia Ministerstwa spraw wewnętrznych okólnikiem zwrócił uwagę lekarzy i aptekarzy, że torebki makowe, zbierane przed dojrzewaniem, jako zawierające alkaloidy makowcowe, jakotéż sporządzony z tych torebek *syr. diacodii*, zaliczają się do leków odurzających i dla tego tylko na zlecenie lekarza w aptekach wydawane być mogą.

* **Wiesbaden**. Prof. Langenbeck przebył szczęśliwie operacyję zaćmy.

* **Heidelberg**. Przy sposobności jubileuszu Uniwersytetu W. Książę mianował prof. okulistyki Beckera radzcą tajnym, prof. zaś newropatologii Erba radzcą dworu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz**. Uniwersytet tutejszy obchodzić będzie w listopadzie r. b. 300-letni jubileusz istnienia swego. — **Wrocław**. Docent prywatny anatomii opisowéj Dr. Rona mianowany został profesorem nadzw. — **Wiedeń**. Prof. chemii lekarskiéj Ludwig, z polecenia państwowego Ministerstwa skarbu, udaje się do Bośnii, a przedewszystkiém do Dolnéj Tuzli, celem zbadania obfitych tamecznych zdrojów mineralnych. — Prof. Dittel ukończywszy 70ty rok życia przeniesiony został w stan spoczynku i otrzymał najwyższe uznanie. — **Praga czeska**. Prymaryjusz w krajowym zakładzie dla obłąkanych, Dr. Czumpelik, mianowany został zastępcą profesora psychijatryi w Wydziale lek. czeskim. — Wydział lek. czeski przedstawił docenta Dra Thomayera na kierownika polikliniki. — Docent prywatny w Wiedniu Dr. Hüttenbrenner proponowany został na dyrektora szpitala dla dzieci i prof. nadzw. pedyjatryi w wydziale niemieckim. — Proff. nadzw. Wacław Steffal i Józef Reinsberg mianowani zostali profesorami zwyczajnymi, pierwszy anatomii opisowéj a ostatni medycyny sądowéj w Wydziale lek. czeskim.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarz pułkowy Dr. Hieronim Maliszewski przeniesiony został do rezerwy.

* **Odznaczenia**. Radzca dworu Dr. Roll, referent spraw weterynarskich w Ministerstwie spraw wewn. otrzymał order Leopolda.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Zdrowiu* Nr. 11: Kuniewicza: Dom przedporodowy; Kramsztyka: O przyczynach chorób kanału pokarmowego u dzieci (dok.); Polaka: Praktyka szczepienia ospy ochronnéj (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 32: Panormowa: Podstawy fizyjologiczne teoryi cukromoczu Seegena; Fabiana: O kąpielach elektrycznych (c. d.); Szadka: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 32: Biegańskiego: O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowém (c. d.); Neugebauera (syn): Kilka słów o położnictwie japońskiém (c. d.). — W *Przeglądzie weterynarskim* Nr. 8: Boczkowskiego: Liszaj wyłysiający (c. d.); Wiktora: O leczeniu tylczaka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Sbornik lékařsky T. I, zeszyt 3.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 21 sierpnia 1886. **№ 34.** Rok XXV.

I. Spostrzeżenia z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał

Dr. H. Schramm,

operator we Lwowie.

I.

Wypiłowanie szczęki górnéj. Zastosowanie uciskadła Mikulicza.

Przed dwoma laty opisałem w *Gazecie Lekarskiéj* (Nr. 22, 24 z r. 1884) kilka przypadków z kliniki prof. Mikulicza, w których po operacyi raka języka użyto do zatamowania krwotoku z bardzo dobrym skutkiem uciskadła Mikulicza i wtedy nadmieniłem, że narzędzie to może być także zastosowane przy krwotokach z szczęki górnéj. W ostatnich czasach nadarzyła mi się sposobność użycia wspomnianego uciskadła, a ponieważ i w tym przypadku narzędzie, lubo cokolwiek inaczéj użyte niż podał prof. Mikulicz, oddało mi znakomite usługi, przeto ośmielam się przypadek ten podać do wiadomości kolegów, aby w danym razie mogli doświadczenie moje potwierdzić.

Przypadek, o którym mowa, był pokrótce następujący:

Ksiądz P., liczący lat 46, zgłosił się do mnie w dniu 18 lipca b. r. podając, że przed 7 miesiącami utworzył mu się koło zepsutego zęba w szczęce górnéj wrzód, który mimo usunięcia chorego zęba, płukania ust i lapisowania nie goił się, lecz stale lubo powoli się rozszerzał. Przy badaniu znalazłem miejscowo stan następujący: Po stronie prawéj w szczęce górnéj brak wszystkich zębów z wyjątkiem sieczných, cały wyrostek zębowy zajęty przez wrzód, który ku tyłowi sięga cokolwiek na podniebienie miękkie, ku wewnątrz zajmuje prawie połowę podniebienia twardego, ku zewnątrz zwłaszcza w tylnéj swéj części przechodzi na błonę śluzową policzka, a ku przodowi sięga aż do kła. Wrzód zbity, twardy, dno brodawkujące, wycięty kawałeczek przedstawia pod drobnowidem wybitną budowę rakowatą.

Chory zgodził się na operacyję, do któréj przystąpiłem d. 24 lipca przy łaskawéj asystencyi Dra Wehra i Barącza. Operacyja polegała oczywiście na wycięciu częściowém szczęki górnéj. Krwotok tak przy prowadzeniu cięć skórnych podług Langenbecka, jak i przy wydłutowaniu kości był znaczny. Przy wycinaniu wyrostka *pterygopalatinus* trysnęła krew z trzech znaczniejszych gałęzi tętnicy szczękowéj górnéj; dwie z nich leżące z boku podwiązano, trzeciéj, znajdującéj się w głębi *fossa pterygopalatina*, nie można było ująć w kleszcze, zatamowano więc krwotok przez wypełnienie jamy gazą jodoformową. Po wycięciu zwyrodniałéj błony śluzowéj policzka zespojono dokładnie ranę skórną, a całą jamę powstałą po wyjęciu nowotworu wypełniono szczelnie paskami gazy jodoformowéj. W 10 minut potém zaczęła się sączyć z ust krew dosyć obficie. Pod uciskiem palca położonego na gazę jodoformową krwotok wprawdzie ustał, po zaprzestaniu ucisku jednak wracał na nowo. Aby zapobiedz dalszéj utracie krwi postanowiłem założyć uciskadło Mikulicza, przekonałem się jednak wkrótce, że zastosowanie tego przyrządu w ten sposób, jak to polecił prof. Mikulicz i jak to opisałem w *Gazecie Lekarskiéj* (l. c.), t. j. aby po zdjęciu ruchoméj peloty założyć wąskie ramie narzędzia do nosa, było niemożebne, raz dla tego, że po wprowadzeniu jednego ramienia do nosa oczywiście po stronie zdrowéj, nieoperowanéj nie można było wywrzeć ucisku w żądanym kierunku, gdyż ramiona narzędzia stały skośnie do siebie, a powtóre ucisk na dolną ścianę jamy nosowéj był dla chorego tak bolesny, że go nie mógł znieść nawet przez kilka minut. Poradziłem więc sobie w ten sposób, że założyłem na głowę opaskę i za jeden jéj zwój założyłem ramię narzędzia opatrzone pelotą ruchomą tuż ponad łukiem jarzmowym, drugie zaś ramię owinięte gazą jodoformową wprowadziłem w jamę ustną, w miejsce zkąd się krew sączyła. Po zamknięciu narzędzia krwotok ustał natychmiast. Narzędzie przymocowane następnie opaską krochmalną leżało bardzo dobrze przez 36 godzin, nie przeszkadzało choremu w połykaniu, a po wy-

jęciu go krwotok już się nie pojawił. W miejscu gdzie leżała pelota na skórze były ślady silnego ucisku (dowód, że narzędzie dobrze działało), które jednak po 24 godzinach bez dalszych następstw przeminęły.

Dalszy przebieg leczenia był bardzo pomyślny. Rana skórna zgoiła się zupełnie *per primam*, chory połykał płynne pokarmy sam już od pierwszego dnia, ciepłota ani razu nie doszła do 38°. W 7 dni po operacyi wyjęto część gazy z rany, resztę usunięto dnia 10 a zakładano tylko tampony z waty owiniętéj pojedyńczą warstwą gazy jodoformowéj. Tampony te zamykały komunikacyję między jamą ustną a nosową tak dobrze, że chory połykał zupełnie dobrze, a mowa wcale wyraźna nie miała prawie nic dźwięku nosowego. W 16 dni po operacyi chory odjechał do domu z raną czystą, brodawkującą i poleceniem zgłoszenia się po 5 tygodniach w celu wstawienia sztucznéj szczęki.

W przypadku tym postępowanie byłoby bardzo utrudnione, gdybym nie miał pod ręką wspomnianego narzędzia. Musiałbym był bowiem albo wyjmować tampony z rany i miejsce krwawiące podwiązać, coby było naraziło chorego i tak już dość osłabionego na nową utratę krwi, a skutek i tak był wątpliwy; albo musiałbym był podwiązać tętnicę dogłowową (*carotis communis*) a zatém wykonać drugi zabieg operacyjny sam przez się niebobojętny; albo wreszcie wykonywać ucisk palcem przez kilkanaście godzin, rzecz już w klinice bardzo mozolna a w praktyce prywatnéj prawie nie do przeprowadzenia. Uciskadło Mikulicza oszczędziło mi tych wszystkich kłopotów, spełniło swe zadanie bardzo dobrze, a zważywszy, że oddaje ono często takie same nieocenione usługi po wycięciu raka języka, zatém po wypiłowaniu szczęki dolnéj i po upartych lub gwałtownych krwotokach po wycięciu migdałków, możemy powiedzieć, że narzędzie to powinniśmy mieć w pogotowiu ilekroć przystępujemy do jednéj z tych operacyj. (C. d. n.).

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

Sąd obwodowy mając pewne wątpliwości uznał za stosowne przesłać akta Wydziałowi lekarskiemu z następującą odezwą:

Załączając protokół oględzin miejscowości, gdzie znaleziono trupa zamordowanéj Katarzyny K., tudzież protokół oględzin sądowo-lekarskich wraz z orzeczeniem, wydaném przez pp. obducentów i orzeczenie wydane przez dwóch znawców innych uprasza się ze względu, że orzeczenie obducentów różni się pod względem orzeczenia o powodach śmierci, a mianowicie, że śmierć nastąpiła sposobem gwałtownym w skutek uduszenia, bardzo znacznie od orzeczenia lekarzy drugich, gdyż pierwsi tylko z największém prawdopodobieństwem oświadczyli się za śmiercią gwałtowną przez uduszenie, podczas gdy ostatni takową z wszelką pewnością przypuścili i wszelką wątpliwość w tym względzie wykluczyli, o wydanie w myśl § 126 p. k. w tym względzie zdania. Przytém nadmienia się, że o zbrodnię zamordowania Katarzyny K. obwiniony jest Mikołaj S., który dawniéj żył z Katarzyną K. w stosunkach miłosnych i z nią miał dziecko, a którego wieczorem d. 8 lutego, t. j. na krótki czas przed zamordowaniem Katarzyny K., widziano idącego w niedalekiéj odległości od niéj, w którego stodole d. 10 lutego wykryto świeże legowisko w słomie mierzwistéj a pod tém legowiskiem rozsypane korale; naocznych świadków téj zbrodni nie ma, a obwiniony wypiera się wszelkiéj winy.

Orzeczenie Wydziału lekarskiego opiewało jak następuje:

1. Przedewszystkiém Wydział nie dopatrzył się znacznéj sprzeczności pomiędzy orzeczeniami pierwszych i drugich znawców, albowiem zachodzi tylko ta różnica pomiędzy niemi, o ile pierwsi uważają uduszenie gwałtowne za nader prawdopodobne, ostatni zaś za pewne.

2. Sprawozdanie pp. obducentów jest dokładne i ze stanowiska ściśle naukowego należałoby zgodzić się z ich orzeczeniem.

3. Uwzględniając atoli wszystkie okoliczności przypadku danego, a w szczególności:

a) że Katarzyna K. nie była osobą schorzałą,

b) że d. 8 lutego wieczorem wyszła z karczmy trzeźwą,

c) że téjże nocy umarła śmiercią szybką, jak tego dowodzi płynność krwi,

d) że sekcyja prócz zmian po uduszeniu występujących nie wykazała zmian chorobowych, któreby śmierć szybką osoby poprzednio zdrowéj wytłumaczyć mogły;

e) że przy oględzinach zewnętrznych znaleziono niewątpliwe ślady gwałtu za życia zadanego, a umiejscowienie tych śladów bardzo przemawia za uciskiem wywartym na twarz i szyję; —

f) że i bruzda na prawéj połowie szyi opisana nie powstała dopiero po śmierci, skoro zwłoki znaleziono ze szyją obnażoną;

g) wreszcie okoliczności poboczne, przemawiające za tém, że Katarzyna K. zkądinąd zawleczoną została na miejsce, w którém zwłoki jéj znaleziono, — oświadczyć się wypada stanowczo za tém, że Katarzyna K. zmarła z uduszenia, wywołanego przez ucisk wywarty na twarz i szyję.

4. Żałować wypada, że pp. obducenci nie badali śluzu pochwowego pod mikroskopem, celem przekonania się, czy Katarzyna K. nie spółkowała cielesnie przed śmiercią swoją.

Protokół pp. obducentów był całkiem wyczerpującym a przyznać należy, że i orzeczenie ich było w zupełności zgodném z wynikiem sekcyi i z wymogami naukowemi. W zdaniu swojém wyrazili oni się oględnie, i słusznie, albowiem na podstawie wyniku sekcyi saméj rzadko można rozpoznać śmierć z uduszenia gwałtownego. Nie uwzględnili oni wyniku śledztwa, bo uwzględnić go nie mogli, skoro w przypadku tak ważnym bezpośrednio po sekcyi zażądano od nich orzeczenia,— zapewne ze względów oszczędności. Jak dalece zaś oszczędność w dochodzeniach sądowolekarskich niestety nie jest na miejscu, aż nadto często mamy sposobność przekonać się, często nawet ona jest przyczyną, że ważne sprawy spaczone zostają doszczętnie. O ile zaś w najlepszym razie na oszczędności z góry poleconéj Sądy wychodzą źle nawet pod względem materyjalnym, wynika ztąd, że w tym przypadku Sąd zaoszczędził na obducentach bagatelkę, a zapłacił późniéj więcéj lekarzom drugim, a co ważniejsza naraził się na dłuższe żywienie obwinionego przez zwłokę w śledztwie, która stała się konieczną z powodu zażądania opinii Wydziału lek. Nie wątpię zaś, że pp. obducenci odrazu byliby się oświadczyli stanowczo za śmiercią gwałtowną, gdyby zostawiono im czas do rozpatrzenia się

choć w pierwszych a ważnych wynikach śledztwa. — Pp. znawcy drudzy znając już te wyniki oświadczyli się stanowczo za śmiercią gwałtowną, jednak zdanie swoje uzasadnili nieodpowiednio, kładąc zbyt wielki nacisk na przekrwienie mózgu i na brózdę szyjną. Wydział lekarski w zdaniu swojém nie podzielał też ich motywów, lecz doszedł do wniosku stanowczego tylko po uwzględnieniu wszystkich okoliczności, które obok ujemnego prawie wyniku oględzin wewnętrznych tym razem były rozstrzygające. Kobieta w sile wieku, zdrowa i czerstwa, wraca wieczorem z karczmy wprawdzie, ale jak świadkowie podają, całkiem trzeźwo; za nią postępuje dawny kochanek, który z nią dziecko spłodził; nazajutrz znajdują tę kobietę martwą, leżącą na polu pod stodołą w pozycyi, która na pierwszy rzut oka wskazuje, że denatka nie zmarła w miejscu, gdzie ją znaleziono, lecz że ciało jéj zkądinąd zawleczoném zostało; na szyi jéj nie ma korali, które stanowiły cały jéj majątek, a natomiast kilka sztuk znajduje się ponad okolicą krzyżową; następnie napotyka się akt sądowy i chustkę zmarłéj na miejscu gliniastém, a ślady gliny były i na odnogach jéj; ślad prowadzi aż do stodoły byłego kochanka, tam widać dwa legowiska ze słomy takiéj, jaką znaleziono na trupie, a co ważniejsza tam rozsypane są korale. Późniéj jeszcze ważniejszego dowodu dostarcza mimowolnie sam obwiniony. Przypomniawszy sobie w więzieniu, że ma termin do spłacenia jakiegoś długu, prosi o upoważnienie kogoś do wzięcia pieniędzy jego, schowanych w sakiewce w owéj stodole znajdującéj się; a w sakiewce téj obok pieniędzy znajduje się znów koral! Nie potrzeba więc szczególnego daru kombinacyi, aby przypuścić, że kobieta dała się dawnemu kochankowi sprowadzić w nocy do stodoły, że tam oboje legli, że obwiniony chciał ją zmusić do spółkowania, a kobieta opierała się, bo miała słuszne powody, gdyż były kochanek już był żonaty, że albo wśród walki kobieta ta została uduszona przypadkowo lub umyślnie, albo też, że straciła życie śród spółkowania, lub wreszcie po odbytém spółkowaniu. Znane zaś są w literaturze przypadki nietylko morderstwa popełnionego na ofierze po zaspokojeniu chuci płciowéj, — do czego tu zapewne nie było powodu ani potrzeby — ale także śmierci przypadkowéj śród spółkowania, zwłaszcza niedobrowolnego, a wreszcie morderstwa popełnionego nawet wśród spółkowania przez uduszenie. Z tego powodu celem wyświecenia sprawy badanie śluzu pochwowego w takich razach koniecznie jest wskazaném, a badanie to może rozstrzygnąć wątpliwość lub podejrzenie, gdy, jak w przypadku niniejszym, badanie zwłok prędko się odbywa. Zaniechanie tego badania jest przeoczeniem, które doświadczonemu lekarzowi sądowemu przydarzyć się nie powinno.

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

W kierunku naukowym lekarskim w Niemczech przeważają anatomiczne, etyjologiczne i dyjagnostyczne badania nad chorobami z zaniedbaniem po większéj części, przynajmniéj w medycynie wewnętrznéj, pola praktycznego leczenia. Jestto zapewne wynik prądu nihilistycznego, który przed paru dziesiątkami lat z niezmierną szkodą dla terapii za przykładem wielkich reformatorów umiejętności lekarskich ogarnął prawie wszystkie umysły świata lekarskiego, a z którego dotąd nie zdołano się jeszcze w zupełności otrząsnąć. Przeciwnie, literatura nowsza dwóch drugich wielkich narodów, przodujących postępowi naukowemu Europy, — literatura Francyi i Anglii, — odznacza się obok poważnych prac teoretycznych w dziedzinie patologii ogólnéj i szczegółowéj także praktycznemi, empirycznemi badaniami farmakologicznemi i terapeutycznemi. Badania te, zmierzające do rozszerzania i téj części wiedzy lekarskiéj, która dotąd niestety na mniéj naukowych i ścisłych podstawach spoczywa, są wielkiéj wagi dla lekarzy poświęcających się praktyce: szerszy bowiem ogół publiczności, nawet wykształconéj, uważa część tę praktyczną a czysto empiryczną medycyny niemal za główną treść i wartość umiejętności lekarskiéj i ceni lekarza według jego zdolności i zręczności w tak zwaném leczeniu. Z tém poniekąd zupełnie słuszném zapatrywaniem każdy lekarz praktyczny liczyć się musi i musi się starać zapoznać z licznie ogłaszanemi we wszystkich lekarskich dziennikach pracami treści terapeutycznéj. Z jednéj więc strony chęć zapoznania czytelników naszych, zostających przeważnie pod wpływem naukowym prac niemieckich, z cząstką literatury francuskiéj, z drugiéj zaś strony oszczędzenia im mozolnego zbierania wiadomości leczniczych rozrzuconych po różnych dziennikach, skłania nas do zestawienia w krótkiém streszczeniu spostrzeżeń i prac terapeutycznych ogłoszonych w r. 1885 we Francyi. Dla łatwiejszego przeglądu podzielimy sprawozdania z tych prac na grupy, biorąc za podstawę podziału własności chemiczne środków leczniczych, o których mówić będziemy.

Alkaloidy i glukosydy.

W dziale tym obejmującym najdzielniejsze leki a zarazem najsilniejsze trucizny, w miarę postępu chemii roślinnéj, coraz więcéj przybywa nowych środków, które jużto mają na celu wyrugowanie dotąd używanych ziół lub korzeni a słabiéj działających, jużtéż wprowadzają do lecznictwa zupełnie nowe, dotąd nieużywane, zasady i sole roślinne. Pominę tutaj kilka prac francuskich o kokainie, o którym tyle we wszystkich językach pisano, bo zawierają tylko potwierdzenie spostrzeżeń już ogłoszonych i powszechnie znanych.

1. W drugiéj połowie roku ubiegłego wiele rozgłosu zrobiło wprowadzenie w handel nowego alkaloidu, otrzymywanego z chmielu, mającego znakomite własności narkotyczne a szczególniéj nasenne, t. j. Hopeinu. Alkaloid ten otrzymali z szyszek dzikiego chmielu w Ameryce Williamson i Springmühl. Posłali go do zbadania pod względem farmakologicznym W. Th. Smithowi w Londynie, który całkowicie potwierdził własności nasenne i narkotyczne hopeinu, podane przez odkrywców, a pod wieloma względami przewyższać mające nawet morfin. Hopein sprowadzony z Ameryki jestto proszek krystaliczny, lśniącéj białości, lub też sąto krystaliczne igiełki długości przechodzącéj jeden cm. Alkaloid ten trudno rozpuszczalny w wodzie, rozpuszcza się łatwo w wyskoku, posiada smak mocno gorzki i woń silną właściwą chmielowi. Nad własnościami chemicznemi nie zastanawiano się wiele, lecz pospieszono się zaraz z badaniem własności fizyologicznych. Znaczny szereg autorów, między którymi spotykamy imiona znakomitych lekarzy, przyznawał środkowi temu szczególne własności, które hopein tak wysoko stawiały, że zdawało się, że nowy ten lek nasenny wyruguje wiele innych dotąd używanych, a przynajmniéj ograniczy znacznie użycie morfinu. Niech nam czytelnicy raczą wybaczyć, że pominiemy tutaj streszczenie każdéj z osobna tych prac, a na usprawiedliwienie téj naszéj niedbałości podamy tylko nieco obszerniéj sprawozdanie z pracy tegorocznéj Dujardin-Beaumetza. Autor ten udzielił na posiedzeniu Akademii le-

karskiéj 26 stycznia 1886 następujących spostrzeżeń o hopeinie. (Patrz *Bulletin de l'Academie* i *Semaine médical*, 1886). Wraz z pomocnikami swemi Drami Petitem i Bordetem przystąpił on do badania hopeinu sprowadzonego z Londynu z domu handlowego firmy Christy i od firmy „Concentrated product Company". Hopein pierwszéj firmy przedstawia się jako proszek biały krystaliczny, woni mocnéj, przypominającéj starzęślę *(Wintergreen - Gaultheria)*, — hopein drugiéj firmy, przedstawiający się podobnie, ma jednak woń aromatyczną chmielu. Badanie własności chemicznych wykazało: 1) że hopein barwi się ze zgęszczonym NO_3H żywo czerwono, 2) że z półtorachlorkiem żelazowym daje zabarwienie niebieskie, 3) że dodany do mieszaniny kleiku skrobi z kwasem jodowym wywołuje zabarwienie niebieskie, z powodu wydzielenia się jodu z JO_3, 4) że strącony z rozczynu w HCl za pomocą NH_3, wysuszony i rozpuszczony za pomocą małego dodatku SO_4H. skręca światło w przyrządzie polaryzacyjnym na lewo. Wszystkie te własności chemiczne hopeinu są zupełnie te same co morfinu. Z tego wnosi autor, że albo trzeba przypuścić, że hopein daje te same odczyny co morfin, lub że chmiel dziki amerykański zawiera morfin, lub wreszcie że pod nazwą hopeinu wprowadzono w handel morfin zaprawiony jakąś esencyją chmielową. To ostatnie przypuszczenie zdaje się B. najprawdopodobniejszém i widzi on główną różnicę między hopeinem a morfinem w tém, że gdy gram ostatniego kosztuje 50 centimów, to hopeinu gram sprzedają po 3 do 4 franków. Nadmienić tu wypada, że dalsze poszukiwania Ladenberga i Paschkisa w Wiedniu *(D. chem. Ztg.*, 1886, Nr. 22) w całości potwierdziły zapatrywania Beaumetza i wykazały istotnie amerykański humbug, obrachowany na wyzyskanie łatwowierności lekarzy i kieszeni leczących się.

2. Halls *(Rev. hebd. therap.)* zachwala bardzo w *delirium tremens* hyosciamin w dawkach od $^1/_4$ do $^1/_6$ ziarna.

3. Znaném jest powszechnie jak często napotyka się u chorych wielką wrażliwość na jodek potasu. Niektóre jednostki już po użyciu najmniejszych dawek dostają mocnego zapalenia błon śluzowych przewodów oddechowych i łączni cy. Aubert przekonał się, że tę szczególną wrażliwość usunąć można przez równoczesne podawanie z jodkiem potasu preparatów atropin zawierających, szczególniéj zaś *extr. belladonnae* w dawce dziennéj 5grm. w pigułkach. Po upływie pewnego czasu można nawet zaprzestać podawania dalszego beladony, a już jodek potasu nie wywołuje objawów zatrucia, a to jak się zdaje z powodu przyzwyczajenia się ustroju do tego leku. (*Lyon médical*, 1885, 24 marca). (W jednym przypadku wielkiéj wrażliwości na jodek potasu i sprawozdawca stwierdził dobre działanie beladony podawanéj według Auberta).

4. Duquesnel, którego znane są znakomite prace nad alkaloidami tojadu mordownika (*Aconitum Napellus*) ogłosił w r. 1885 parę krótszych rozpraw o własnościach, działaniu leczniczém i użyciu akonitynu krystalicznego, przez siebie otrzymanego. Akonityn ten przedstawia się w postaci tabliczek sześciennych lub rombowych lub w postaci połączeń tych dwóch form, jest bezbarwny, bez woni, smaku gorzkiego następnie piekącego. Alkaloid ten trudno się rozpuszcza w wodzie, dość łatwo w wyskoku i eterze a najłatwiéj w chloroformie. Po dłuższym wpływie ciepła, daléj w obec kwasów, alkaliów, a nawet po dłuższym wpływie wody akonityn rozkłada się na mniéj znane różnie działające połączenia. Ta niestałość akonitynu tłumaczy dostatecznie, dla czego zachodzą tak ogromne różnice w działaniu różnych przetworów i zkąd tak wielka niezgodność autorów co do dawki uważanéj za trującą. Akonityn tworzy z kwasami sole, z których szczególniéj azotany są łatwo rozpuszczalne. Duquesnel poleca akonityn w następującéj postaci: *Rp. Aconitini cristalisati 0·10, Sacchari lactis, Gummi arab. Syr. simplic. ãã q. s. ut f. l. a. massa pillul. e qua pilull. Nr. 400.* Pigułka więc każda zawiera $^1/_4$ miligrama czystego akonitynu. Podaje się jednę taką pigułkę 2—4 razy dnia. Duquesnel i Laborde bardzo zachwalają ten sposób podawania akonitynu w nerwicach. Jeżeli nerwica ma wybitny charakter przepuszczający lub reumatyczny, Laborde poleca połączenie akonitynu z chininem i bromem, zapisując w takim razie: *Rp. Aconitini cristalisati nitrici 0·15, Chinini hydrobromati 10·0. Syr. cort. chinae q. s. ut f. l. a. pill. Nr. centum.* Z tego poleca Laborde jednę pigułkę co 4 godziny w łyżce wody. Pigułek można dziennie użyć 5 do 6, i w miarę otrzymanego wyniku leczniczego lub w miarę jak ustrój znosi albo zwiększyć dawkę albo ją téż zmniejszyć przez podawanie jednéj pigułki co 5, 6 lub 7 godzin. Pierwsze objawy zatrucia polegają na zaburzeniach w przewodzie pokarmowym i na mrowieniu w odnogach. (*Bull. thérap.*).

5. Norwood poleca dawno zapomnianą, a przedtém tak powszechnie używaną, ciemierzycę zieloną (*Veratrum viride*), jako lek mający działać uspokajająco na system naczynio-ruchowy. Szczególniéj chwali N. ciemierzycę w drgawkach czyto u położnic, czyteż u dzieci. U dzieci nerwowych podaje on ten lek nawet jako środek zapobiegawczy drgawkom we wszystkich chorobach gorączkowych. Poleca go w postaci wyciągu *„Extrait fluide de Squibo"* po 5 kropli kilka razy dnia (*Bull. thérap.*).

6. W roku ubiegłym polecano w Ameryce zawilek sasankę *(Anemona pulsatilla)* przeciw rzeżączkowemu zapaleniu przyjądrza. Martel zastosował lek ten w kilku przypadkach tak w praktyce prywatnéj jak i na swoim oddziale i bardzo chwali działanie jego, wpływające uśmierzająco na ból i skracające sam czas trwania zapalenia. Poleca on *Tinct. Anemonae pulsatillae* po 20 do 30 kropli na dzień. Skoro najmocniejsze bóle miną, podaje on obok tego leku środki balsamiczne zwykle używane przeciw rzeżączce. (*Bull. thérap.*).

7. Cadet de Gassicourt chwali bardzo jako leczenie przypadowe krztuśca pomazywanie podniebienia miękkiego, a po upływie 10 minut i dalszych części przełyku i krtani, rozczynem kokainu. Leczenie to nie skraca wprawdzie przebiegu saméj choroby, ale zmniejsza nasilenie i częstość napadów kaszlu, a przytém zapobiega następowym wymiotom, które tak często podkopują odżywienie małych pacyjentów. (*Soc. de thérap.*).

8. Dujardin-Beaumetz zaleca jako środek wzmacniający czynność serca, szczególniéj w końcowym okresie chorób sercowych, kofein w dawkach większych. Za najodpowiedniejszą postać podawania tego leku uważa rozczyn, który każe przyrządzać: *Rp. Cofeini, Natri benzoati ãã 7·0, Aq. destil. 250.* Każda łyżeczka zawiera prawie 50 cgrm. Dziennie podaje się 3 do 4 łyżeczek. *(Nouvelles médications*, 1886). (C. d. n.)

Abadie: O objawach ocznych późnéj kiły i ich leczeniu.

Znakomite prace Hutchinsona co do przyczyn wywołujących miąższowe zapalenie rogówki, przyjęte zrazu przez wielu spostrzegaczy z niedowierzaniem, dowiodły ostatecznie w sposób niewątpliwy, że przyczyną tego cierpienia jest kiła. Mimo to, zdaje się to cierpienie przedstawiać dwie cechy, będące napozór w sprzeczności z jego pochodzeniem, a mia-

nowicie jego usadowienie się w tkance rogówkowéj i bezskuteczność zwykłego leczenia przeciwkiłowego. Kiła nabyta, która, jak wiadomo, w tak rozmaity sposób nagabuje narząd wzrokowy, nie wywołuje przecież, zdaniem autora, nigdy miąższowego zapalenia rogówki; wszystkie błony oczne mogą przedstawiać zmiany zrządzone przez kiłę nabytą, z wyjątkiem, jak autor sądzi, saméj tylko rogówki. (Sprawozdawca Przegl. Lek. nie może się z tém zdaniem żadną miarą zgodzić i ogłosi w swoim czasie cały szereg przypadków, w których niewątpliwie nabyta kiła wywołała miąższowe zapalenie rogówki). Gdy nadto w przypadkach zapalenia tęczówki, naczyniówki i siatkówki, tudzież nerwu wzrokowego, zrządzonego przez kiłę, zwykłe leczenie rtęcią, a w szczególności wcieraniami szaruchy, miewa wpływ zbawienny, nie zdaje się ten sposób leczenia wcale działać w przypadkach miąższowego zapalenia rogówki. W takichto przypadkach ciężkich i uporczywych stosował autor wstrzykiwania podskórne sublimatu, a nadzieje jego ziściły się w zupełności. W przypadkach napozór najcięższych, w których naciek był bardzo rozległy i głęboki odnosiły wstrzykiwania właśnie najświetniejsze skutki. Począwszy od 12go lub 15go wstrzyknięcia zaczyna się zazwyczaj stan polepszać. Autor nie chce bynajmniéj twierdzić, żeby tego zapalenia rogówki nie można wyleczyć innemi środkami, przyznaje owszem, że jodek potasu, leki wzmacniające, zdroje słonojodowe działają zbawiennie, lecz w razie ich bezskuteczności wstrzykiwania sublimatu są naszą ostatnią ucieczką.

Ten sam sposób leczenia okazał się również skutecznym w rozsianém zapaleniu naczyniówki. Wiadomo powszechnie jak trudno dostępném leczeniu jest to cierpienie tak zagadkowe co do swego pochodzenia, tak podstępne, przewlekłe a dziwaczne w swoim przebiegu. Tylko wcierania szaruchy w połączeniu z środkami napotnemi okazują się tutaj skutecznemi, najczęściéj przecież wstrzymują one tylko postęp choroby a rzadko tylko poprawiają zmniejszoną bystrość wzroku. Wstrzykiwania sublimatu okazały i tutaj swoją wyższość, a prawie u wszystkich chorych poprawiły znacznie bystrość wzroku. Ten sposób leczenia okazał się również bardzo skutecznym w pewnych postaciach zapalenia siatkówki i naczyniówki w okolicy plamki żółtéj. U kilku młodych osób między 15 a 25 rokiem życia dotkniętych tém cierpieniem poprawił autor bystrość wzroku, niekiedy bardzo znacznie upośledzoną, tak iż wynosiła ona $^1/_2$ lub $^2/_3$ prawidłowéj.

Do objawów późnéj kiły nabytéj, niekiedy trudnych do wyleczenia należą porażenia mięśni ocznych. Przyczyną ich bywają gumiaki, zapalenia okostny, wypociny na podstawie czaszki uciskające włókna nerwów ruchowych i czuciowych, zaopatrujących oko, albo też nerw pojedynczy dotknięty jest sprawą chorobową nieznanéj zresztą przyrody. W przypadkach pierwszego rodzaju tkanina nerwu nie jest pierwotnie zajętą a przyczyną jego cierpienia jest ucisk przez wypocinę lub guz. Przypadki te należą zazwyczaj do okresu kiły trzeciorzędnéj i wtedy podawać trzeba jodek potasu w dużych dawkach. Ta postać porażenia dotyka zazwyczaj kilku nerwów równocześnie a nadto towarzyszą jéj objawy mózgowe, jakoto silne bóle i zawrót głowy. Rokowanie bywa z tego powodu groźne, a mimo to jodek potasu i wcierania szaruchy w dużych dawkach odnoszą świetny skutek. W innych przypadkach sprawa kiłowa umiejscowia się w jednym tylko nerwie, najczęściéj w nerwie odwodzącym. Brak objawów mózgowych dowodzi, że tylko sam pień nerwu jest zajęty, a mimo to wyleczenie bywa tém trudniejszém, im bardziéj ograniczoną jest sprawa chorobowa. Na dowód tego dość będzie przytoczyć porażenie mięśnia rzęskowego i żdziergacza źrenicy, które prawie zawsze jest nieuleczne i nie ustępuje nawet pod wpływem najenergiczniejszego leczenia swoistego. W tych przypadkach uporczywych stosować również należy wstrzykiwania sublimatu. Autor używa do tych wstrzykiwań: *Rp. Merc.subl. corros. 1·0, Natr. chlor. 2·0, Aq. dest. 100·0.* Dwadzieścia kropli tego rozczynu zawiera około 0·01 sublimatu. Autor wstrzykuje co drugi dzień pod skórę na grzbiecie, wbijając kolec bardzo głęboko i miesi następnie lekko. Niektórzy chorzy źle znoszą pierwsze wstrzyknięcia, a u takich wstrzykiwać można kilka minut pierwéj i przez to samo nakłócie 0·01 kokainu. Autor zastrzega się w końcu, że bynajmniéj nie zamierza tym sposobem leczenia wyrugować w leczeniu kiły oka stosowania rtęci w postaci wcierań szaruchy lub pigułek z protojoduretu nalega tylko na to, że w przypadkach późnéj kiły oka, tak wrodzonéj jak nabytéj, wstrzykiwania odnoszą często skutek tam, gdzie inne sposoby leczenia zawodzą. (*Annal. d'oculist.* maj i czerwiec 1886). *Rydel.*

H. Jessop: **Kokain w połączeniu z atropinem jako środek rozszerzający źrenicę.**

Autor ogłasza kilka przypadków, w których używał kokainu razem z atropinem jako środka rozszerzającego źrenicę. Połączenie to, prócz największego rozszerzenia źrenicy, jakie w ogólności osiągnąć można, koi bóle, zmniejsza nastrzykanie rzęskowe i obniża wygórowany ucisk śródoczny. Zwężenie naczyń tęczówki i porażenie akomodacyi dochodzą do najwyższego stopnia, a maxymalne rozszerzenie źrenicy zapobiega tworzeniu się tylnych przyczepin lub rozdziera je tam, gdzie się już wytworzyły. Szybkie ustępowanie bólów w przypadkach zapalenia tęczówki uwolniło autora od stosowania pijawek i pryszczydeł. (Sprawozdawca Przegl. Lek, używa często tak w klinice jak w praktyce prywatnéj połączenia obu środków, zapuszczając bezpośrednio lub wkrótce po atropinie rozczyn 5% kokainu i stwierdzić może z własnego doświadczenia skutki podane przez autora, z wyjątkiem obniżenia podwyższonego ucisku śródocznego). (*The Lancet*, 1885, październik. *Annales d'Oculist*, 1886, maj i czerwiec). *Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

○ Jako środek znieczulający przy psuciu się zębów zaleca Dr. Gell-Fels następującą mięszaninę, która nie tylko chwilowo ma zmniejszać ból ale przy pilném i częstém zmienianiu kulek bawełnianych w mięszaninie powyższéj zmaczanych nawet stale *Rp. Camph. rasae 5·0, Chloralis hydr. 5·0, Cocaini mur. 1·0.* Po zmięszaniu należy ogrzać przez parę minut do ciepłoty wrzenia. Tworzy się przez to oleista ciecz, która jako wysoko procentowy rozczyn chloralu utrzymuje trwałe znieczulenie miejscowe, gdy kokain (który w praktyce ubogich opuścić można) zapewnia natychmiastowe jego nastanie. Płynna postać ułatwia zastósowanie. *(Schw. Corresp. Blatt).*

(S. B.) **Nowy odczynnik na wolne kwasy.** Hösslin zaleca w poszukiwaniach wolnych kwasów w treści żołądkowéj, w miejsce próby tropaeolinowéj użycie t. zw. papieru Kongo, który dotąd używany był jako odczynnik na wolny kwas siarkowy głównie przy fabrykacyi papieru. Odkryta przez Böttigera czerwień Kongo *(Congo-Roth)* w rozcieńczonym rozczynie wodnym lub alkoholowym, posiada własność barwienia się w obecnośc

kwasów wolnych pięknie niebiesko. Wystarcza dać kilka kropli treści żołądkowéj, czy to pochodzącéj z wymiocin, czy téż wydobytéj za pomocą sondy, na papier Kongo (bibuła zafarbowana czerwienią Kongo): jeżeli wystąpi barwa niebieska, natenczas treść zawiera w sobie wolny kwas, sole kwaśne bowiem wcale barwy papieru nie zmieniają.—Jeżeli odczyn jest bardzo wydatny, natenczas można wnosić, że znajduje się wolny kwas solny gdyż nawet w bardzo silném rozcieńczeniu wywołuje on ciemnoniebieskie zabarwienie, kwas zaś mlekowy w słabych rozczynach nie działa tak wybitnie. Jeżeli chodzi o stwierdzenie czy obok kwasu solnego nie znajduje się kwas mlekowy, natenczas ciecz należy badać jeszcze za pomocą chlorku żelaza. (*Deutsche med. Ztg.* 1886, Nr. 55).

(S. B.) W 4ch przypadkach stenocardyi kokain (3—4 razy w ilości $^1/_3$ — $^1/_2$ grm. dziennie) z bardzo pomyślnym skutkiem został zastósowanym. Jakkolwiek nie skraca on napadów, wpływa jednak uśmierzająco, tak że nie występują one z taką gwałtownością. Oddziaływanie na serce uwydatniało się wyraźnie na tętnie, które było pełniejszém i wolniejszém; ilość moczu wzrastała. L. poleca kokain szczególnie z równoczesném stósowaniem wziewań tlenowych (*Sauerstoffinhalationen*). (*Deutsche med. Ztg.* 1886, Nr. 55).

(S. B.) **Fermenty w moczu.** Myemu i Belfautiemu udało się wykryć w normalnym moczu ludzkim 2 fermenty: jeden już dawniéj znany ferment trawienia, który działa tylko w kwaśnym rozczynie, a drugi działający tylko w alkalicznym. Oba wydają nieznaczne ilości peptonu, pierwszy przeważnie syntonin i propepton, drugi globulin, leucyn i tyrosin. Pierwszy zjawia się téż w stanach chorobowych (zimnicy, durze, raku żołądka, chorobie Brighta). Sprawy gnilne nie stoją bynajmniéj w jakimkolwiek związku z powyższemi fermentami.—Według Myego i Belfautiego są te fermenty bardzo ważne ze względu na patologiczne znaczenie t. zw. peptonuryi i propeptonuryi. (*Gazz. degli ospitali* 1886, Nr. 1. *Centralbl. für klin. Med.* 1886, Nr. 26).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 28 maja 1886.

Obecni: Koll. Kramarkiewicz, Koehler, Kaczorowski, Kapuściński, Jerzykowski, Preibisz, Zielewicz i sekretarz.

Posiedzenie zagaja Sekretarz, a poświęciwszy kilka słów pośmiertnemu wspomnieniu nieodżałowanéj pamięci Dra Mateckiego, dotychczasowego prezesa, wzywa obecnych do oddania czci cieniom zmarłego przez powstanie. Poczém na propozycyję Sekretarza obrano przewodniczącym tego posiedzenia kol. Kramarkiewicza.

Po odczytaniu i podpisaniu protokółu z ostatniego posiedzenia przy rozprawie nad chorobami nagminnie panującemi, wspomina kol. Kaczorowski, iż spotyka się z tyfusem, z zapaleniem płuc i opłucnéj. Kol. Kramarkiewicz zwraca na to uwagę, że panujące obecnie żarnice, bardzo łagodny mają charakter i często nawet występują bez wszelkiéj gorączki, co odpowiada także spostrzeżeniu kol. Wicherkiewicza, który u dzieci leczonych na oczy w ambulatoryjum, spotyka się z żarnicami, o których rodzice częstokroć nic nie wiedzą. Kol. Kaczorowski nie widzi powodu oddzielania lekkich form żarnic od prawdziwych, opierając się na doświadczeniu i spostrzeżeniu, że częstokroć pierwsze przypadki w jednéj i téj saméj rodzinie pojawiające się występują ostro, gdy następne, jakoby w skutek przesilenia się choroby, lżejszy przybierają charakter. Kol. Preibisz mniema, że różnicę w żarnicach stanowi tylko wyprysk, który raz może być gładkim, drugi raz wystającym po nad powierzchnię skóry. Kol. Koehler w czasie swéj praktyki w Kościanie widywał cały szereg przypadków szkarlatyny powikłanej z żarnicami. Powikłania takiego kol. Jerzykowski nie przyjmuje mniemając, że pojedyncze plamy żarnicowe zlewając się, mogą być do istotnéj szkarlatyny podobnemi. Kol. Kramarkiewicz twierdzi, że mimo przeciwnego zdania jakie słyszał w czasie nauk widuje wznówki żarnic, czego kol. Preibisz nie przyjmuje, sądząc, że w podobnych przypadkach chodzi o *Erythema multiforme*, lecz bez nieżytu nosa i ócz.

Po kilku innych jeszcze uwagach wyczerpujących dyskusyję, wspomina kol. Kaczorowski o nader ciekawym przypadku katalepsyi, który następnemu Walnemu zgromadzeniu przedstawić zamierza. Nawięzując do tego przypadku, zauważył kol. Zielewicz, że podobny przypadek typowéj katalepsyi widział raz tylko u Dietla w Wiedniu, a kol. Kapuściński przypomina sobie z czasów swych nauk przypadek z oddziału Westphala u kobiety, która od $^1/_2$ roku podlegała katalepsyi i tylko sondą przez nos wprowadzaną odżywianą być mogła.

Kol. Jerzykowski podał przyczynek do wyskrobywania macicy połogowéj. Autor przytaczając pokrótce doświadczenia robione w tym względzie przez Weckbeckera, Picka, Meinerta i innych, nie dochodzi do tak szczęśliwych wyników, jakiemi się szczycą wymienieni autorowie. Przeciwnie w 4 przypadkach przez siebie spostrzeganych przekonał się, że wyskrobywanie macicy w przypadkach połogowego zapalenia śródmacicznego jest aktem bardzo poważnym i łatwo mogącym sprowadzić następstwa groźniejsze, niż sama choroba. W dwóch bowiem razach spostrzegał znaczne zajęcie tkanki okołomacicznéj po wyskrobaniu, a w dwóch innych objawy chorobowe nie zmniejszyły się wcale, lecz przeciwnie wzmogły się chociaż zachowano wszelkie w takim razie potrzebne środki ostrożności i przepisy przeciwgnilne. To téż autor nie zaleca wcale tego rękoczynu leczniczego tém więcéj, że go można dobrze zastąpić przestrzykiwaniami macicy lekkim rozczynem sublimatu (0,25—1000). Kol. Kaczorowski nie jest zwolennikiem w ogóle rękoczynów wśród spraw zapalnych. W dwóch pierwszych atoli przypadkach, przytoczonych przez kol. Jerzykowskiego, nie może upatrywać koniecznego związku pomiędzy wyskrobaniem a niepomyślnym przebiegiem choroby, z powodu równoczesnego zapalenia tkanki łącznéj okolomacicznéj, któreto zapalenie samo przez się mogło dać powód do niekorzystnego przebiegu. Kol. Kapuściński opowiada przypadek, gdzie wśród bardzo niekorzystnych okoliczności u pacyjentki mającéj 41°C. ciepłoty a znajdującéj się w 10tym dniu po połogu, gdy w skutek zatrzymania się odpływu macicznego a w następstwie silnego zapalenia, powstały objawy zapalenia okołomacicznego z zupełną bezprzytomnością i gwałtownemi napadami, przez wyskrobanie ostrą łyżką ocalił chorą, którą już uważano za straconą. Nazajutrz ciepłota opadła do 37°, a przytomność powróciła. Kol. Zielewicz sądzi, że wyłyżeczkowanie, którego chirurdzy z wielkiém powodzeniem używają, nie powinno być wykonywane w jamach nieprzystępnych dla oka.

Ustanowiono porządek dzienny dla przyszłego Walnego Zgromadzenia, a mianowicie: wizyty szpitalne przed polndniem, a na wieczorném posiedzeniu postanowiono poddać dyskusyi wskazania środków przeciwgorączkowych. Referatu podjął się kol. Kaczorowski. Nadto zapowiedzieli odczyty: 1) Dr. Kaczorowski o przypadku katelepsyi z przedstawieniem choréj; 2) Dr. Wicherkiewicz o nowym sposobie operacyi podwinięcia rzęs. Daléj uchwalono zamieścić na porządku dziennym wybór prezesa sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk.

W końcu zawiadomił Sekretarz że Dr. Dembiński z Poznania zgłosił się na członka. *Dr. Wicherkiewicz.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w lipcu r. 1886.

Ilość leczonych na dur brzuszny była niższą (494) niż w którymkolwiek miesiącu od września 1885 r. Z téj liczby wyzdrowiało 392 osób czyli 79·4%, umarło 19 = 3·8%, pozostało z końcem miesiąca 83 chorych w 10 miejscowościach. Zarówno jak w czerwcu tak samo i w lipcu był dur najwięcéj rozszerzonym w powiecie rawskim w 10 gminach, zresztą zaś panował w 16 powiatach tylko w jednéj miejscowości, a w 4ch powiatach w dwu miejscowościach.

Dur plamisty także bardzo znacznie się zmniejszył, gdyż stwierdzono go tylko w 16 miejscowościach: z 226 leczo-

nych chorych wyzdrowiało 189 czyli 83·6%, umarło 16 czyli 7·1%, pozostało w leczeniu 21 chorych w 2 gminach. (W sprawozdaniu za czerwiec zaszła pomyłka, gdyż w drohobyckim powiecie nie panował tyfus plamisty lecz odra).

W jednéj gminie pow. jaworowskiego sprawdzono ponownie dur powrotny. Z 16 chorych wszyscy wyzdrowieli.

Epidemija płonicy utrzymywała się w ciągu miesiąca lipca w tym stanie jak w ciągu czerwca, dopiero przy końcu lipca znacznie się zmniejszyła. Z 401 leczonych chorych wyzdrowiało 280 czyli 69·8%, umarło 58 czyli 14·5%, pozostało w leczeniu 63 chorych (z końcem czerwca 144). Najwięcéj chorych było w powiecie tarnopolskim (w 2ch gminach 119 chorych) i w pow. jasielskim (w 2 gminach 59 chorych).

Dyfteryję sporadyczną sprawdzono w 4 gminach w tyluż powiatach z śmiertelnością = 42·4%.

Odra. Ilość chorych w lipcu była o 1/3 część mniejszą niż w czerwcu. W 22 powiatach i w 45 gminach stwierdzono 2184 przypadków choroby (w czerwcu 3480); z téj liczby wyzdrowiało 1738 czyli 79·6%, umarło 128 czyli 5·9%, pozostało w leczeniu 318 chorych w 14 gminach; najwięcéj w drohobyckim powiecie.

Epidemija krztuśca od maja b. r. wzmaga się, w lipcu stwierdzono tę chorobę w 48 gminach u 1908 chorych, z tych wyzdrowiało 1174 czyli 59·6%, umarło 63 = 3·2%, pozostało w leczeniu 731 chorych. Najwięcéj był krztusiec rozszerzonym w powiecie dąbrowskim, łancuckim i grodeckim.

Czerwonkę stwierdzono w 20 powiatach w 45 gminach najwięcéj w powiatach: gorlickim, kosowskim, nowo-sądeckim i przemyskim. Z 1286 leczonych chorych wyzdrowiało 562 czyli 43·7%, umarło 174 czyli 13·5%, pozostało w leczeniu 550 chorych w 33 gminach.

Ospa pojawiła się w 14 powiatach, w 29 gminach u 288 chorych (w czerwcu było 571, w maju 914); z téj liczby wyzdrowiało 123 = 42·7% szczepionych, a 80 = 27·8% nieszczepionych, umarło 20 = 6·9% szczepionych a 33 = 11·5% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 8 szczepionych a 24 nieszczepionych w 7 gminach; najwięcéj (15) chorych pozostało w miasteczku Sassowie w pow. Złoczowskim.

Lwów d. 13 sierpnia 1886. *Dr. Józef Meruńowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·1. Z płonicy umarło 1 (2 z. t.); z błonicy 3 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry,, 1 płonicy i 1 duru brzusznego. W tygodniu od 25—31 lipca umarło z ospy: w Budapeszcie 15, w Pradze 4, w Rzymie 5, w Paryżu 1, w Petersburgu 3. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 2, w Królewcu 4. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z cholery umarło w Wenecyi 9, w Tryjeście 25. Z duru brzusznego umarło: w Londynie i Petersburgu po 17. Z odry umarło: w Pradze 12, w Berlinie 18, w Paryżu 26, w Londynie 46, w Petersburgu 12. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 14, w Londynie i Petersburgu po 9. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 17, w Budapeszcie 11, w Paryżu 26, w Londynie 28. Z krztuśca umarło: w Paryżu 12, w Londynie 31.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,7; we Lwowie 25,1; w Brodach 12,7; w Drohobyczu 49,5; w Kołomyi 36,7; w Przemyślu 29,4; w Stanisławowie 30,6; w Tarnopolu 23,9; w Tarnowie 38,8; w Czerniowcach 26,5; w Poznaniu 37,3; w Warszawie 30,1; w Pradze 32,1; w Wiedniu 23,2; w Opawie 47,5; w Bernie 31,1; w Salcburgu 23,5; w Gracu 23,6; w Tryjeście 57,6; w Insbruku 7,1; w Berlinie 30,5; we Wrocławiu 35,4; w Gdańsku 28,5; w Dreźnie 26,3; w Hamburgu 27,1; w Kolonii 31,9; w Lipsku 27,2; w Mnichowie 30,0; w Strasburgu 32,0; w Amsterdamie 17,8; w Bazylei 28,0; w Brukseli 25,8; w Chrystyjanii 27,4; w Genewie 13,7; w Kopenhadze 24,5; w Londynie 22,0; w Odesie 39,3; w Paryżu 21,6; w Petersburgu 26,6; w Rzymie 23,3; w Stokholmie 23,5; w Wenecyi 30,1; w Zurychu 18,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

---

* **Kraków** d. 19 sierpnia. Minister Wyznań i Oświecenia spełniając swą zapowiedź reformy nauk uniwersyteckich wydał znów między innemi dwa ważne reskrypta obchodzące Wydziały lekarskie.

Jeden wystosowany jest do Senatów akademickich, wszystkich uniwersytetów austryjackich i wzywa je do wyrażenia opinii czy nie należałoby zaprowadzić zmian jakichś pod względem sposobu otrzymywania *veniae legendi*, objawiają się bowiem obawy, iż w skutek nieusprawiedliwionego obniżania wymagań od habilitujących się instytucyja docentów narażona jest na niebezpieczeństwo zatraty należnego jéj znaczenia. W szczególności zaś powiada reskrypt, o którym mowa, uwzględnić należy pytanie czy od habilitujących się do wykładów z nauk praktycznych nie wypadałoby żądać wykazania się, że rozporządzać będą odpowiednim materyjałem naukowym.

Reskrypt ten w obec ciągle wzmagającéj się liczby docentów na niektórych zwłaszcza Wydziałach lekarskich jest bardzo na czasie i będzie zapewne zaraz po wakacyjach przedmiotem narad poszczególnych Wydziałów, Minister bowiem oczekuje sprawozdań Senatów akademickich, opartych na opinijach pojedynczych Wydziałów, już do końca listopada r. b.

Drugi reskrypt wystosowany jest do Wydziału lek. wiedeńskiego a treść jego jest następującą: Wielki rozgłos i napływ uczniów do Wydziału lek. wied. jest, zdaniem Ministra, powodem, że nie wszyscy z zapisanych na ten Wydział słuchaczy mogą brać należyty udział w wykładach i ćwiczeniach i że przez to rezultat nauki przy pomocy demonstracyj, na których nauka medycyny głównie się opiera, jest wysoce zagrożony. Rozszerzanie i pomnażanie zakładów naukowych jest kosztowne i wiele czasu wymaga, a zresztą wątpliwą jest rzeczą, czy ten wielki napływ będzie trwał dłużéj. Minister postanowił zatém wziąść pod rozwagę ustanowienie maksymalnéj liczby słuchaczów Wydziału lek. w Uniw. wied. a względnie słuchaczy różnych kursów tego Wydziału. Środek ten nie powinien budzić obaw, bo idzie tu o stosunki wyjątkowe, a nieprzyjęci na Wydział lek. w Wiedniu mają wstęp wolny do innych Uniwersytetów. Minister uprasza więc grono profesorów o rozważenie i wydanie opinii o tém, ilu słuchaczy można w obecnych stosunkach bez wszelkiéj obawy dopuścić do Wydziału lek. wied. względnie na kursa tego Wydziału i w jaki sposób należałoby wprowadzić ograniczenie wpisów, przyczém wypadałoby uczynić różnicę między różnemi kategoryjami słuchaczy i tym dać pierwszeństwo, którym w pierwszéj linii najdogodniéj jest uczęszczać na Uniw. wiedeński.

Prawdopodobnie Wydział lekarski wiedeński nie zgodzi się z propozycyją Ministra, która wpłynęłaby na uszczuplenie dochodów pojedynczych profesorów Wydziału lekarskiego i bronić będzie dochodów swoich.

Jakkolwiek dałoby się niejedno powiedzieć za lub przeciw przedmiotom poruszonym w obu reskryptach, to w każdym razie pochwały godną jest dobra chęć Ministra do poprawy stosunków na Wydziałach lekarskich, które bynajmniéj nie są w tym stanie, aby nie pozostawiały nic do życzenia i aby nie było w nich nic do poprawy.

* Ministerstwo wyznań i oświecenia w porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych mianowało na rok przyszły dla Wydziału lekarskiego niemieckiego w Pradze komisarzem rządowym prof. Webera, koegzaminatorem przy 2im egzaminie ścisłym prof. Soykę a jego zastępcą prof. Epsteina, przy 3im zaś prof. Picka a zastępcą prof. Zaufala; dla Wydziału zaś czeskiego komisarzem rządowym referenta sanitarnego Dra Smolera, a koegzaminatorami przy egzaminie 3im prof. Maixnera, zastępcą Dra Thomayera, przy egzaminie 3im prof. Janovskyego a zastępcą Dra Michla.

W Szczawnicy było do d. 14 sierpnia 2828 osób, w Iwoniczu do d. 9 sierpnia 1327, w Cieplicach czeskich 6071.

* **Wiedeń.** Prof. Arlt zaniemógł ciężko na *gangraena senilis.*

* **Paryż.** Drugi Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się tu w dniach od 18—24 października pod przewodnictwem prof. Ollier z Lyonu. Głównemi przedmiotami rozpraw będą: przyroda, patogeneza i leczenie tężca; nephrotomia i nephrectomia; ortopedyczne resekcyje; operacyjne zabiegi przy niedających się nastawić urazowych zwichnieniach.

* **Heidelberg.** Dnia 9 bm. rozpoczął się tu doroczny Zjazd Towarzystwa oftalmologicznego, w którym wzięło udział około 150 członków z różnych stron Europy. Po otwarciu zebrania przez prof. Zehendera z Zurychu, miał mowę Donders z Utrechtu

o zasługach Alberta Graefego, jako wstęp do wręczenia złotego medalu Graefego, które tylko miewa miejsce co lat 10, prof. Helmholtzowi, jako temu, który z pomiędzy żyjących w ciągu ostatnich dziesięciu lat najwięcéj zasług położył około rozwoju okulistyki.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Prof. uniwersytetu zagrzebskiego Dr. Bogusław Jiruš mianowany został zwyczajnym profesorem farmakologii i farmakognozyi w Wydziale czeskim, a nadzw. prof. Dr. Oton Kahler zwyczajnym prof. kliniki lekarskiéj w Wydziale niemieckim. — **Wiedeń.** Prof. Leidesdorf mianowany został członkiem najwyższéj Rady sanitarnéj. — **Graz.** Prof. chirurgii Rzechaczek przeniesiony w stan spoczynku otrzymał tytuł radcy dworu a na jego miejsce mianowany został nadzw. prof. wiedeńskiego Wydziału Dr. Antoni Wölfler. — **Berlin.** Dziekanem Wydziału lek. na rok przyszły wybrany prof. Dubois Raymond. — **Würzburg.** Na opróżnioną w skutek śmierci Maasa katedrę kliniki chirurgicznéj przedstawiony został prof. Schönborn z Królewca.

* **Odznaczenia.** Dr. Michał Zieleniewski, lekarz zdrojowy w Krynicy otrzymał w uznaniu wieloletniéj i skutecznéj działalności tytuł radcy cesarskiego.

* **Nekrologija.** We Lwowie zmarł nagle na udar mózgowy Dr. Antoni Schattauer. Zmarły był synem Mag. chirurgii w Czortkowie. Do gimnazyjum uczęszczał w Czerniowcach i Tarnopolu. W r. 1863 chwilowo przerwał nauki a zdawszy potém egzamin dojrzałości uczęszczał na Wydział lekarski Uniw. Jagiell., w którym téż w r. 1869 otrzymał stopień Dra med. i chir. W tymże jeszcze roku udał się do Lwowa, gdzie pełnił przez czas krótki obowiązki sekundaryjusza w szpitalu głównym a następnie lekarza miejskiego. Z téj ostatniéj posady ustąpił jednak aby się poświęcić praktyce prywatnéj chirurgicznéj, na polu któréj zjednał sobie wśród licznéj klienteli rozgłos zdolnego operatora, sympatyje i uznanie. Ubodzy mają mu wiele do zawdzięczenia, a niemałe téż położył zasługi około szpitalika św. Zofii dla dzieci. Na każdém stanowisku odznaczał się gorliwością w spełnianiu obowiązków a mimo rozległéj praktyki nie zaniedbywał także niwy literatury i zaliczał się do grona naszych współpracowników w piśmie naszém w ostatnich latach pomieściliśmy kilka cennych prac jego. Zgasł niespodziewanie w kwiecie wieku pozostawiając po sobie na każdém polu działania miłe wspomnienia. Ziemia niechaj mu lekką będzie!

W Montpellier umarł Dr. Estor, prof. anatomii patologicznéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 33: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Fabiana: O kąpielach elektrycznych (c. d.). — W *Przewodniku gimnastycznym*: Krówczyńskiego: O odziedziczaniu ze stanowiska patologicznego.

Redakcyja otrzymała

KILCHER: Ridká zrůdnost' velkých cev srdce a peritonea. (Z ústavu patologicko-anatomického prof. Dr. Hlavy v Praze).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 sierpnia 1886. № 35. Rok XXV.

I. Spostrzeżenia z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał
Dr. H. Schramm,
operator we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

II.

Resekcyja osteoplastyczna Mikulicza przy bardzo znaczném zniszczeniu stopy.

Do niezbyt jeszcze licznéj statystyki osteoplastycznéj resekcyi stopy podług Mikulicza dołączam następujący przypadek, który z kilku względów zasługuje na obszerniejszą wzmiankę.

J. P., izraelita z Buczacza, lat 28 liczący, opowiada, iż przed rokiem zaczęła mu obrzmiewać stopa lewa w stawie skokowym; w kilka miesięcy potém przybył do Lwowa, gdzie mu wykonano wyłyżeczkowanie kości skokowéj i piętowéj, a w kilka tygodni potém z raną nie zupełnie zgojoną pojechał do domu. Tutaj jednak stan jego się pogorszył. Stopa obrzmiała znaczniéj a obok rany pooperacyjnéj utworzyło się kilka owrzodzeń. Z tego powodu przybył chory powtórnie do Lwowa, a badając go w dniu 21 maja b. r. znalazłem stan następujący: Indywiduum nędznie odżywione, skóra blada. W górnym płacie płuca prawego z tyłu przytłumienie odgłosu wypukowego aż do grzebienia łopatki, w témże miejscu dość liczne drobne rzężenia, tętno 96—108, ciepłota dochodzi do 39°. Stopa lewa w okolicy stawu skokowego obrzmiała. Obrzmienie sięga na 4cm. po nad kostki, a ku dołowi aż do podstawy kości śródstopia. Koło kostki wewnętrznéj znajduje się blizna sina obok niéj wrzód wydzielający rzadką serowatą ropę, drążący do kości. Koło kostki zewnętrznéj wrzód wielkości czworaka, a obok niego 3 mniejsze owrzodzenia wszystkie prowadzące do obnażonych i rozmiękłych kości. Odległość między wrzodem zewnętrznym a wewnętrznym, czyli szerokość mostka zdrowéj skóry na grzbiecie stopy wynosi zaledwie 5cm. Ruchy w stawie skokowym mało bolesne, przyczém słychać tarcie obnażonych kości, ruchy w stawie Choparta bardzo bolesne. W moczu białka nie ma. Na proponowaną przez kilku kolegów amputacyję podudzia chory żadną miarą zgodzić się nie chciał, zezwolił jednak na przedstawioną mu resekcyję osteoplastyczną i do operacyi téj przystąpiłem 25 maja br. przy łaskawéj pomocy Drów Ziembickiego i Wehra.

Operacyję wykonałem podług znanych zasad, z tą tylko różnicą, że z powodu znacznéj rozległości zmian chorobowych cięcie górne wypadło 5cm. po nad kostki, dolne zaś przez podeszwę przechodziło od zewnątrz tuż za wyrostkiem 5 kości śródstopia, od wewnątrz zaś na 2cm. naprzód od wyrostka kości łódkowéj. Cięcie kostne wypadło również znacznie niżéj, tak, iż zamiast przechodzić przez kość łódkową i sześcienną, musiałem z powodu gruźliczych zmian w kościach klinowych przejść aż na podstawę kości śródstopia, a i te z powodu tłuszczowego zwyrodnienia były tak miękkie, iż można je było przekroić nożem. Mostek skóry na grzbiecie stopy był również bardzo wąski, wynosił bowiem ledwie 5cm., na szczęście jednak okolica tętnicy była zdrowa. Po wycięciu mas gruźliczych, co się dało łatwo i dokładnie uskutecznić, zespojono ranę 4 szwami płytkowemi i kilku jedwabnemi. Powierzchnie kostne (od dołu 5, od góry 2) stykały się z sobą dokładnie, stopa miała położenie dobre, palce wygięte do kąta prostego. Po stronie zewnętrznéj pozostała z powodu znacznego ubytku skóry szpara na ½cm. szeroka a na 1½cm. długa, która nie dała się zamknąć; w szparę tę wprowadzono gruby sączek, drugi cieńszy założono po stronie przeciwnéj, a po pokryciu rany opatrunkiem jodoformowym ułożono odnogę na szynie tak, iż palce stały pod kątem prostym i umocowano ją opaską organtynową.

Nadmieniam tutaj, iż po zdjęciu opaski elastycznéj nie krwawiło nic z obwodowego końca stopy. W kilka minut jednak potém krążenie się wyrównało, palce nabrały barwy

różowéj, a w linii cięcia potrzeba było nawet założyć kilka podwiązek.

Przebieg gojenia był zupełnie pomyślny, bezgorączkowy. Pierwszy opatrunek zdjęto po 8 dniach, wyjęto oba sączki, przytém zauważono, iż u podstawy palca dużego i w środku linii szwu znajdują się dwa miejsca zgorzelinowe wielkości czworaka. Drugi opatrunek po dniach 14. Wyjęto szwy płytkowe i głębokie jedwabne. Rana zupełnie *per primam* zgojona aż do miejsca, gdzie leżał sączek zewnętrzny i gdzie, jak to wspomniałem, brzegi skóry po operacyi się nie schodziły, i tutaj jednak rana czysta, zdrowo brodawkuje. Kości nie widać. Miejsca zgorzelinowe suche i jak się przekonałem zgorzel zajmowała tylko powierzchowną warstwę skóry.

Po dalszych 14 dniach rana była zupełnie zgojona, usunięto więc szynę, na której odnoga dotychczas leżała, a założono opatrunek organtynowy podtrzymując palce w nadaném im położeniu prostopadłém za pomocą taśmy z forniru. W 3 dni potém, t. j. w niespełna 6 tygodni po operacyi, chory zaczął chodzić o kuli, a gdy w 10 dni potém założono mu odpowiedni but ze szynami mógł chory chodzić z jedną tylko laską przez kwadrans bez zmęczenia. Kości połączone były ze sobą zbitą tkanką łączną, tak że istniała w linii cięcia bardzo mała ruchomość, odnoga była o 2½cm. krótsza od zdrowéj. Stan ogólny i stan płuc pozostał ten sam co przed operacyją, z tą różnicą, że chory nie gorączkował.

Nie mam zamiaru rozwodzić się nad zaletami powyższéj operacyi, zostały one powszechnie uznane; operacyja zajęła stałe miejsce między zabiegami chirurgicznemi, zdaje mi się jednak, że nie bywa ona jeszcze tak często wykonywaną, jakby na to zasługiwała. Powodem tego jest, jak sądzę, iż chorzy z pruchnieniem kości w stopie, a ta choroba jest najczęściéj wskazaniem do wspomnianéj operacyi, zgłaszają się późno do lekarza. Przypadki takie jednak, jak wyżéj opisany, przekonywają, że operacyja jest możebną do wykonania i daje dobry wynik nawet tam, gdzie i kości klinowe są już schorzałe. Nadto ważne jest i to, że obecność zmian chorobowych w płucach nie stanowi bezwzględnego przeciwwskazania do resekcyi osteoplastycznéj. W przypadkach takich wykonywa się zwykle amputacyję podudzia, jako operacyję najprostszą, potrzebującą najmniéj czasu do wygojenia i dającą rękojmię, że wszystkie części chore zostają usunięte. Otóż resekcyja osteoplastyczna daje prawie takie same warunki, bo i usunięcie schorzałych tkanin jest możebne, a zagojenie się rany *per primam* bez ropienia jest tak samo pewne jak po amputacyi. Wystąpienie ograniczonéj i powierzchownéj zgorzeli na części obrażonéj stopy nie stało zupełnie w związku z tém, że cięcia były prowadzone niżéj niż w przypadkach typicznych, gdyż jak wspomniałem wyżéj krążenie jeszcze przed zespojeniem rany zupełnie się wyrównało. Powodem jéj musiało być jakieś anormalne ułożenie naczyń a do przypuszczenia tego uprawnia i to, że w jednym przypadku, operowanym przez kol. Ziembickiego a przedstawionym na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, wystąpiła znacznie rozleglejsza i głębsza zgorzel, mimo, że w przypadku owym cięcia wszystkie były prowadzone zupełnie typicznie. Zresztą zgorzel ta nie miała na przebieg rany i czas gojenia najmniejszego wpływu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Jak skuteczniéj leczyć dur brzuszny, antipyrezą czy jodkiem potasu?

Napisał i podał
Dr. Henryk Jeleński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Teraz wypada mi zabrać się do wyjaśnienia głównéj kwestyi to jest mego sposobu leczenia duru brzusznego jodkiem potasu. Wykazawszy przedewszystkiem niepewność obecnego stanowiska całéj metody antipyretycznéj i jawne dowody usilnie się rozwijającéj reakcyi, poczynające się więc *stadium decrementi*, zmuszonym się widzę otwarcie tu wyznać, że z odczytanego wykładu szan. Dra Piska o leczeniu duru brzusznego z osądzeniem méj pracy, umieszczonéj w Przeglądzie Lek., nabrałem nieuprzedzonego przekonania, iż z poprzednio ogłoszonych prac moich należycie nie skorzystano. Powstało ztąd zapatrywanie się na ten przedmiot nieco luźne i lekkie; to tedy wywołuje niejaką konieczność powtórzenia choć w części mego poglądu na działanie jodku potasu w durze brzusznym. Czego żądam i dokąd dążę jodowém leczeniem duru, słusznie ocenił Dr. S. Dunin w Warszawie w krótkich wyrazach, zaliczając mię do rzędu lekarzy, którzy hołdują przyczynowemu leczeniu duru (*Gaz. Lekarska* 1883 Nr. 4, przypisek). Jestto o tyle prawdą, iż dur brzuszny uważałem zawsze za chorobę pochodzenia miejscowego, przedewszystkiem usadowioną w jelitach; leczenie należy naturalnie tam kierować miejscowo gdzie przyczyna, tego zaś dopina jodek potasu, o czém nieco niżéj. Wszak w ustanowieniu wskazań trzymać się należy zasad realnych, jakotéż środków celowi odpowiednich, nie gardząc bodaj lekami staréj szkoły nawet wedle rozumnéj rady słynnego klinicysty Frerichsa, który wręcz ostrzega o lekceważeniu pracy naszych poprzedników (*Klinik d. Leberkrankh.* T. I. pag. 8). Wystrzegając się przytém w terapii wyczekującego nihilizmu i symptomatycznéj tymczasowości, mogłem uniknąć słusznych zarzutów prof. Chałubińskiego, który pisze, iż skutkiem braku jasnego badania terapii jak i właściwych wskazań wyrosło takie naiwne leczenie, że kto miał gorączkę bez względu jaką dostawał chinin, kto na ból się skarżył, bez pytania o powód, musiał brać morfin a kto okazywał bladą cerę, bez względu dla czego, zażywał żelazo (Chałubiński *Pisma lek.* Nr. 1, p. 94). Wszystko to pomimo wszelkich odkryć i nowych pojęć w patologii, nawet opozycyi, stoi uporczywie na porządku dziennym obecnéj terapii. Wprawdzie moje objaśnienie sposobu działania jodku potasu w durze brzusznym znajdzie łaskawy czytelnik w pracy méj w *Gaz. Lek.* z r. 1882 i *Berl. klin. Woch.* z r. 1883, lecz tu uważam za konieczne podać krótkie powtórzenie. Że dur brzuszny liczy się do chorób zakaźnych z pierwiastkiem pasorzytniczym jest obecnie rzeczą jasno wykazaną a że głównie w jelitach się umiejscawia, także wiadomo, że tamże w pewnéj przestrzeni system chłonny zajmuje i to od błon śluzowych aż do naczyń, gruczołków i gruczołów limfatycznych, zkąd przyrzuty pasorzytnicze roznoszą się do układu krwionośnego, nerwowego nawet do samych jego ośrodków, wszystko to przez badania anatomiczne najdokładniéj jest wyjaśnioném. Wszak już dawniéj pierwsza szkoła francuska prawdziwe siedlisko choroby durowéj wykazała: Petit i Serres w początku obecnego wieku podali dokładny opis swojéj „*Fièvre enteromesèntique*“, znakomity zaś Bretonneau nieco późniéj klasycznie opisał swoją *Dothiènenterie*, odkąd

do dziśdnia choroby téj nikt inaczéj nie nazwał, jak po polsku dur brzuszny i jelitowy a po niemiecku *Ileotyphus v. Abdominaltyphus*, ogólne więc uznanie umiejscowienia się choroby w jelitach. Pewnik to więc niezakwestyjonowany. Jest daléj obecnie rzeczą pewną i udowodnioną, że dur brzuszny powstaje na tle przyrzutowego i pasorzytniczego jadu, przezwanego nieco już dawniéj przez Biermera *„olla putrida“* rozsiadłéj w jelitach, co w wypróżnieniach stolcowych odnajdywano przed odkryciem jeszcze laseczników (*Volkm. Vorles. klin. Vorträg.* Nr. 54, p. 411 i dalsze). Pasorzytniczą zaś przyrodę tego wykazali z nieprzepartym dowodem tacy badacze-bakteryjolodzy, jak Klebs, Ebert, R. Koch, Gaffky i tylu innych, co nazwali *„bacillus typhosus“* lasecznikiem durowym, z wykazaniem i oznaczeniem terminu, czasu rozwoju w jelitach jakoteż pierwotnego rodowego powstania tegoż jadu pasorzytniczego. I temu chyba także teraz nikt nie zaprzeczy. Z tego patologicznego wyjaśnienia sprawy wysnuwa się ten logiczny wniosek terapeutyczny, że radykalne leczenie wypełnić może środek, który zdolny jest działać wprost na układ, przeważnie zaatakowany, to jest na system chłonny, a który również posiada niezaprzeczoną wartość antyseptyczną. Że wyliczone tu lecznicze cnoty, że tak powiem, posiada w zupełności przetwór jodowy, o tém farmakodynamika od chwili wynalezienia jodu jako leku naucza i przekonywa. Polem jego działania jest system chłonny. Otóż jodek potasu pokazał się w praktyce środkiem ze wszech miar wystarczającym do radykalnego leczenia duru brzusznego i to wedle maksymy *cito, tuto et jucunde*, co jest ostatecznym celem każdego lekarza-praktyka. O znakomitém działaniu jodu i jego przetworów w kierunku antyseptycznym twierdzą tacy farmakologowie, jak Binz, Bernatzik i Harnack z najnowszych. Słynny zaś mykolog Davaine w chorobach tak silnie zarazkowych jak karbunkuł (*antrax*) jedynie skuteczne leczenie przyznaje środkom jodowym, radząc je stósować wewnętrznie i zewnątrznie (Bouchardat *Annuaire therapeut.* 1881 p. 293). Mamy też choroby pasorzytnicze *par excellence* leczone skutecznie jodem. W durze brzusznym skutek objaśnia się pewnikiem jawnie udowodnionym, że jodek potasu szybko za pośrednictwem naczyń chłonnych przechodzi wszystkie znane wydzielnicze i wydalające narządy, a jak twierdzi Nothnagel (*Arzneimittellehre* 2 Aufl. p. 290), już po 10 minutach odkryć się dają ślady jodu w ślinie, pocie, mleku, moczu i stolcu, Rosenthal zaś te ślady obficiéj spostrzega w stolcu biegunkowym, zwykłym objawie chorobowym w durze brzusznym. Również wykazali Penzold i Faber to szybkie przejście jodu przez organizm. Wynika ztąd dowód bezpośredniego działania jodku potasu wprost na główne siedlisko choroby. Obszerniejsze uwagi o tém znajdzie łaskawy czytelnik we wskazanéj powyżéj méj pracy. Tu krótko dodać mi wypada, że z podanego objaśnienia jawnie widnieje, iż jodek potasu wszystkie zakątki naszego organizmu tuż za jadem przyrzutowym przechodzi, i to szybko, bo daje się wykryć w krótkim czasie po zażyciu we wszystkich wydzielinach na zewnątrz, że w stolcu niezawodnie odkryć się daje i że szybkość jego działania powstaje głównie zześrodkowania się w systemie naczyń chłonnych. Ztąd można mieć jasny pogląd na ważną leczniczą pomoc tego leku w chorobie, która od zawiązku swego umiejscawia się w jelitach. Wszak bez wykazania charakterystycznych zmian w jelitach przy autopsyi nikt nie uzna choroby za dur brzuszny. Jodek potasu więc, przechodząc całkowity przewód jelitowy, czego dowodzi jod odnaleziony w stolcu, musi się bezpośrednio stykać z całém gniazdem zakażoném, pasorzytniczém, czyli że działalność jodku skierowaną jest, że się tak wyrażę, oko w oko na miejsce zarażonego ustroju, ową istotną *ollam putridam* Biermera. Oto w krótkości pogląd, objaśniający według mego rzeczy pojęcia działanie jodku potasu w durze brzusznym. Nie mam bynajmniéj pretensyi, abym był w stanie wszystkich przekonać, to przechodzi moje siły, tyle jednak przypuszczam, że usprawiedliwić to zdoła uwagi, jakie w méj wyżéj wzmiankowanéj pracy, jako wnioski pozyskane z jodowéj praktyki podałem. Mianowicie: 1) Przebieg choroby skrócony do 14—16 dni w miejsce powszechnie ustalonego okresu 4-tygodniowego; 2) brak spostrzeganych nawrotów lub następstw przy leczeniu jodowém, więc *restitutio in integrum*; 3) ozdrowienie dość szybkie, stateczne i niczém niezakłócone; 4) odsetka śmiertelności nieznaczna, skoro łącznie z materyjałem zebranym i łaskawie mi przez szan. Dra Trzeciaka udzielonym, ledwo niecałe 2% wypada. Dla oznaczenia wartości leczniczéj metody jodowéj pozwolę sobie tu wyraźniéj przytoczyć porównawczy stosunek śmiertelności i méj metody leczenia, gdzieindziéj podawany.— Oto liczby z ostatnich lat, w zakładach leczniczych zebrane, gdzie troskliwie i pilnie stósowano metodę przeciwgorączkową. P. Guttmann w Berlinie leczył w szpitalu Moabit przeważnie wodoleczniczo i podaje za lata 1876—85 odsetek śmiertelności 17% i 19% za ostatni rok 13·3%. Ciekawe porównanie średnie przedstawia prof. Senator z ośmiu głównych szpitali berlińskich, gdzie dur brzuszny przez 10 lat leczono metodą przeciwgorączkową, lata 1874—84. Sławna Charité ma 16·4%, Friedrichshospital 19%, Moabit (P. Guttmann) 15·2%, Hedwigskrankenhaus 14·7%, Lazaruskrankenhaus 14·1%, Bethanien 13·5%, Augustahospital 12·3% (*Berl. klin. Woch.* Nr. 45, 1885). Dr. Żelazowski podaje śmiertelność z duru brzusznego leczonego chininem r. 1876—80 w szpitalu św. Łazarza do 19% (Przegl. Lek. 1882 Nr. 15,). Śmiem się zapytać szan. Kolegów, czy leczenie durowe sposobem przeciwgorączkowym z takim rezultatem może być dla lekarza praktycznego zachęcającém? Nadmieniam tu, że użycie przetworu jodowego w durze nie tylko u mnie, lecz u wszystkich kolegów, którzy go próbowali, tylko pochwałę wywołało, nie wyjmując takiego Liebermeistra. Dziwić się nikt nie może, że pokaźny wynik, jaki pozyskałem z jodowego leczenia duru z wykazem krótszego trwania całego przebiegu aż do zupełnego powrotu do zdrowia, małoznaczna śmiertelność w porównaniu z przytoczonemi, mógł mię ośmielić do powiadomienia szan. publiczności lekarskiéj o takim rezultacie bez względu na stanowisko małomiasteczkowego lekarza, jakie do téj chwili zajmuję. — Zarzuca mi szan. Dr. Pisek, że dawka jodku jest małą, nazywając ją homeopatyczną. Wszak i to rzecz nieuzasadniona, albowiem ½—1 drach. (2,0—4,0 przeszło) *pro die* jest dawką poważną a zresztą dawka taka okazała się w zupełności wystarczającą do uzyskania pożądanego skutku. Myślę więc, że bezstronny praktyk podobnego zarzutu nie powtórzy. Rozważmy daléj łaskawie, czy rzeczywiście jako heretyk przeciw antipyrezie stoję sam w zupełném odosobnieniu? czyli że staram się w miejsce saméj wysokiéj ciepłoty leczyć miejscowo przyrzuty choroby całéj, zkąd ma powstać leczenie radykalne miasto objawowego. Otóż jest obecnie wiele poważniejszych głosów, co odzywają się za kierunkiem leczenia jądra choroby zamiast, jak dotąd, skorupy tylko. Prof. Klebs radzi po odkryciu laseczników durowych porzucić antipyrezę a brać się konsekwentnie do środków przeciwprzy-

rzutowych, zalecając b ę d ź w i n i a n y. Rossbach, znany klinicysta i farmakolog, podaje jako skuteczny lek w durze brzusznym n a f t a l i n, znany środek antiseptyczny. Dokładną sprawę o têm zdaje asystent jego Dr. Goetze, który rozpoczyna od uwagi o jodzie i kalomelu, wyrażając się, iż z pomiędzy wielolicznych leków zalecanych jako swoiste w durze brzusznym, te dwa tylko przetrwały byt efemeryczny, bo w takim znawcy sprawy durowéj jak Liebermeister znalazły obserwatora, stwierdzającego skuteczność. O Rossbachu już nadmieniłem, że w poszukiwaniu za środkiem przeciwprzyrzutowym, trwale dezinfekcyjonującym zawartość przewodu pokarmowego, gdzie główne siedlisko choroby durowéj, poleca naftalin jako lek znakomity (*Zeitschrift f. klin. Medic.*, t. 9, 1885, str. 73). Sąd takich mężów nauki może więcéj zaważy i snadniéj przekona szanow. autora wykladu, niż słaby głos małomiasteczkowego lekarza. Zdaje się nawet, że cały pogląd prof. Rossbacha zbytnio się nie oddala od objaśnienia téj sprawy, jakie wyżéj podałem. To niechaj wpłynie na uspokojenie szan. Dra Piska, iż ośmieliłem się uważać się za uprawnionego sięgnąć z mą pracą do *Berl. klin. Woch.*, również jak odpowiedź redaktora tego tygodnika prof. Ewalda, który w odpowiedzi, dziękując za nadesłanie rękopismu, pisze: „*Ihre interessante Arbeit werde ich mit Vergnügen aufnehmen*" itd. Widocznie nie wziął mię za zuchwalca, méj pracy za rzecz bez pewnéj wartości naukowéj, skoro swego wysoko w świecie naukowym poważanego tygodnika nie skompromitował. (Dok. nast.).

III. Oceny i sprawozdania.

Virchow: O zatorach tłuszczowych a eklampsyi.

Dnia 7go lipca b. r. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie miał Virchow odczyt, w którym starał się wykazać stosunek zachodzący między zatorem tłuszczowym a eklampsyją. Kwestyja ta była w ostatnich czasach kilkakrotnie roztrząsaną w berlińskiém Towarzystwie lekarskiém, a to w skutek dyskusyi wywołanéj przez Leydena na posiedzeniu z d. 24 lutego b. r., który przedstawiając preparat z nerki u choréj zmarłéj na eklampsyję, uważał zmiany w kłębkach za samoistne, gdy Virchow dopatrywał się w nich zmian powstałych skutkiem zatoru tłuszczowego. Ta różnica zdań między obydwoma uczonymi zachęciła ostatniego do ściślejszych badań w tym kierunku i dzięki współpracy Leydena, Jürgensa i Schrödera doszedł V. do pewnych wyników.

Zanim jednak autor przystępuje do saméj rzeczy podaje całą historyję zatoru tłuszczowego. Już z górą przed 30 laty na mocy poszukiwań, które autor przedsięwziął w celu sprawdzenia doświadczeń Gluga i Thiemessa, jakoby zwyrodnienie tłuszczakowe wątroby i podobne zmiany w innych narządach były powodem bezpośredniego wprowadzenia tłuszczu do krążenia krwi, doszedł do przekonania, że tłuszcz w stanie płynnym, który w pewnéj ilości został wprowadzony do układu krwionośnego żyjącego zwierzęcia zatrzymuje się w naczyniach włosowatych i jeśli znajduje się w małéj ilości, to powoli ulega z nich wessaniu, podczas gdy w znacznéj ilości w nich nagromadzony wywołuje bezpośrednio groźne dla życia objawy. Spostrzeżenie to ogłosił V. w 5ym tomie archiwum (str. 308) w r. 1853. Również już i wtedy nie uszło jego uwadze, że tłuszcz w stanie płynnym po wstrzyknięciu do żył zatrzymuje się przeważnie w naczyniach włosowatych płuc, w kłębkach nerkowych i w drobniejszych naczyniach wątroby. W dalszych doświadczeniach udało mu się wykazać, iż przez dostanie się znacznéj ilości tłuszczu w stanie płynnym do naczyń włosowatych płuc powstaje ostry obrzęk w płucach, stosownie do okoliczności tak silny, że w przeciągu kilku minut wydobywa się zwierzęciu piana z pyska i nosa i zwierzę ginie wśród asfiksyi. W przypadkach takich naczynia krwionośne tak szczelnie były tłuszczem wypełnione, iż można było makroskopowo widzieć cały pień z najdrobniejszemi rozgałęzieniami drzewkowatemi przez co znaczna część obszaru naczyniowego była wyłączoną od krążenia. Toż samo i w nerkach, część tłuszczu płynnego po przedostaniu się z płuc więzgła w kłębkach i można było w nich widzieć jużto drobne kropelki, jużtéż istne ich odlewy.

W dalszym ciągu przedsiębrali doświadczenia w tym kierunku Cohn i Otto Weber na zwierzętach, poczém ta kwestyja poszła w zapomnienie. Dopiero od czasu, gdy zwrócono uwagę na sprawę zatoru tłuszczowego u człowieka, poczęto się tą kwestyją szczególniéj zajmować. Pierwszy Zenker ogłosił przypadek urazowego zmiażdżenia, uszkodzenia, przy którém nastąpiło pęknięcie żołądka i przedarcie torebki i miąższu wątrobowego, a w płucach napotkano w naczyniach zatory tłuszczowe. Sądził on, że zmiażdżone części miąższu wątrobowego dostarczyły tłuszczu, który dostał się do krążenia krwi i w płucach następowo wytworzył zatory. Wkrótce potém Ernest Wagner ogłosił rozprawę, że tłuszcz może wywołać ogniska przerzutowe, że działa zatém jako bodziec zapalny, który w otoczeniu naczyń, a dzieje się to szczególniéj w płucach, wywołuje zapalenie a nawet ropnie. Wagner zauważył również, że w przypadkach, gdzie naczynia włosowate krwionośne płuc w znacznéj liczbie były zatkane tłuszczem i inne narządy, a mianowicie kłębki Malpighiego w nerkach, przedstawiały ten sam obraz.

Najbardziéj atoli naprzód posunęła całą sprawę wytworna praca Busza wykonana ze strony praktycznéj pod przewodnictwem Reklingshausena. Od téjto bowiem chwili dopiero uwydatnia się ten ścisły związek, jaki zachodzi między złamaniami, zmiażdżeniami kości, a zatorami tłuszczowemi w naczyniach płucnych. Za wskazówką i radą Reklingshausena miażdżył Busz szpik w kościach długich żyjących zwierząt i wkrótce, bo po 5 minutach, mógł tłuszcz wykazać we krwi krążącéj. Busz przekonał się, że miejscem szczególniéj ulubioném dla zatorów tłuszczowych są naczynia płuc i nerki.

Odtąd pomimo doświadczeń dość licznie w tym kierunku wykonywanych nie wykryto nic nowego; przyczyna zaś tego leży w têm, że częstokroć makroskopowo nic nie da się zauważyć, przez co wiele przypadków zostaje pominiętych, z drugiéj strony, że napotyka się na preparatach np. z przekrojów płuc w niektórych przypadkach kuleczki tłuszczowe pod mikroskopem, które niektórzy uważają za zatory tłuszczowe, podczas gdy takowe napotyka się na zwłokach gnijących, rozpadających się i są niewiadomego pochodzenia. Bo to przecie może być i tłuszcz przypadkowo tkwiący wśród drobnych oskrzeli, który za życia został połknięty i przypadkowo dostał się tam z żołądka. W ogóle należy dosadnie wykazać, że tłuszcz znajduje się rzeczywiście wśród światła naczyń a więc we krwi krążącéj, zwłaszcza tam, gdzie tylko kilka jego kropli się znajduje, bo jeśli znaczniejsze obszary naczyń są nim wypełnione, to wtedy oczywiście nie ma już żadnéj wątpliwości.

Tęto kwestyję zatoru tłuszczowego nasunęły autorowi przypadki eklampsyi w ostatnich czasach wydarzające się, a które też następnie omawia. Na zwłokach osoby, z któréj preparaty z nerki przedstawiał Leyden, stwierdzono również zatory tłuszczowe w płucach, a więc nietylko znajdowały się zatory tłuszczowe w nerkach ale istniała ogólna embolija tłuszczowa, jak to widać z odpowiednich preparatów. Również i w późniejszych przypadkach ten sam przedstawiał się obraz, zawsze można było stwierdzić zatory tłuszczowe w płucach obok zatorów w kłębkach nerkowych. W przypadku eklampsyi u 24-letniéj osoby, która porodziła w zakładzie położniczym w Charité, a któréj nekroskopija wykonaną została 11 maja b. r., zatory tłuszczowe w płucach były bardzo rozległe, w późniejszym przypadku z tegoż samego oddziału i także u osoby eklampsyją dotkniętéj przeważały głównie zatory tłuszczowe w płucach, podczas gdy w kłębkach nerkowych mniéj ich się znajdowało. Wreszcie w ostatnim przypadku z kliniki chorób kobiecych Schrödera nie można było wcale napotkać naniesionego tłuszczu wśród kłębków; natomiast znajdowały się bardzo nieliczne kropelki tłuszczowe tak w naczyniach płucnych jak i w naczyniach włosowatych nerek pomiędzy pojedynczemi cewkami tak nieznaczne, że z początku autor miał podejrzenie, jakoby się znajdowały wśród światła naczyń i dopiero po bliższém i dokładniejszém badaniu mógł stanowczo orzec, iż się znajdują pośród światła naczyniowego. We wszystkich zatém owych 4ch przypadkach eklampsyi u położnic występowała zawsze jużto rozleglejsza jużteż mniej rozległa embolija tłuszczowa.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Nadzwyczajne posiedzenie z dnia 7 lipca r. b.

Przewodniczący wiceprezes kol. Mikulicz. Członków obecnych 15. Gość Dr. Władysław Harajewicz.

1. Kol. Jaworski wniósł imieniem Komisyi przemysłowéj: Tow. lek. upoważnia Komisyję działać w tym kierunku, aby wody mineralne krajowe znajdowały się na składach w tych zdrojowiskach, w których Polacy jako pacyjenci przebywają. Tow. większością głosów uchwaliło dać pełnomocnictwo Komisyi przemysłowéj do działania w tym kierunku.

2. Kol. Mikulicz przedstawił 46-letniego mężczyznę, który od 18 lat cierpiał na zwężenie odźwiernika w takim stopniu, że pokarmy stałe wcale nie przechodziły do dwunastnicy. Kol. Jaworski przez czas dłuższy przygotowywał chorego do przeniesienia operacyi, pragnąc sztuczném karmieniem go i dobieraniem odpowiednich pokarmów podnieść nadzwyczaj podupadłe odżywienie i siły. Skoro zabieg ten dobrym skutkiem uwieńczony został, przystąpiono 10 czerwca b. r. do gastroenterostomii, t. j. do założenia komunikacyi bezpośredniéj między żołądkiem a jelitem cienkiém. Przebieg był zupełnie aseptyczny. Przez 2 tygodnie chory dostawał tylko pokarmy płynne, od 12 dni stałe. Obecnie chory jada bez wyboru i trawi pokarmy bez przeszkody. — Kol. Obaliński zapytuje prelegenta, co go skłoniło do przedsięwzięcia gastroenterostomii, skoro mogła tu być wykonaną zwykła resekcyja odźwiernika, gdyż blizna tam siedzibę miała. Wreszcie przytacza przypadek z własnego doświadczenia dotyczący chirurgii żołądka. Parobek 36-letni otworzył sobie nożem przed kilkoma tygodniami jamę brzuszną tuż pod wyrostkiem mieczykowatym, zostając pod wpływem halucynacyj. Przy zbadaniu w kilka godzin późniéj znaleziono wypadnięty przez ranę brzuszną żołądek, również rozcięty w pobliżu odźwiernika. Po obrównaniu jednego brzegu zeszyto ranę żołądka kilkunastu szwami i dwurzędnemi i odprowadzono go do jamy brzusznéj, która dziwnym trafem nic z treści żołądka nie zawierała. Ranę brzuszną zeszyto jak zwykle a chory bez najmniejszego odczynu wygoił się w przeciągu dwóch tygodniu. — W odpowiedzi kol. Mikulicz uważa resekcyję żołądka za zabieg cięższy niż gastroenterostomiję. W tym zwłaszcza przypadku nie można było chorego tak bardzo osłabionego narażać na większe niebezpieczeństwo, zwłaszcza w obec licznych zrostów odźwiernika z okolicą, szczególniéj z wątrobą, w którychto warunkach resekcyja żołądka nie byłaby się dała wcale wykonać.

3. Kol. Browicz mówił o wrzodach części pochwowéj macicy i pochwy, objaśniając wykład okazaniem odpowiednich preparatów anatomicznych.

4. Kol Prus miał rzecz o wykrytych przez siebie nerwikach nerwów i przedstawił odnośne preparaty drobnowidowe. W dyskusyi zabierali głos koll. Oettinger, Pieniążek, Mikulicz i Gluziński.

Na tém zakończono posiedzenie. *Dr. Dobruchowski.*

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

O herbacie zaś, rozwożonéj po ulicach, da się toż samo powiedzieć co o wszystkich napojach wschodnich, szorbetach, salepie, lodach, limoniadach przygotowanych na użytek jedynie biedniejszéj klasy mieszkańców. Brudne naczynia, niechlujność przedającego, przygotowanie napojów mających za cel taniość, a za podstawę zysk, to są cechy wzbudzające tylko wstręt, nigdy jednak nieuwzględniany przez wieśniaka i robotnika. Przypatrując się działaniu tutejszych samouków i bazarowemu leczeniu pospólstwa, nieraz miałem sposobność spotykania chorych uskarżających się prawie wyłącznie na kurcze, biegunkę i ogólny stan niedomagania jedynie tylko w następstwie opicia się rano jakimś szorbetem lub maślanką oziębioną lodem. To też tutejsi mirzowie trzymający ster pokątnego leczenia bardzo łatwo zgadują cierpienie pacyjenta i niewzbraniając wcale dalszego używania napoju, radzą go tylko zmienić. Nieraz to wystarcza. Częściéj jednak cierpiący powraca i żąda nowéj porady. I wtedyto tryumf pokątnego działania jest niezaprzeczony.

Używając małéj stosunkowo ilości jarzyn, do niektórych jéj gatunków zachowując wstręt fanatyczny, mieszkaniec tutejszy ma właściwy sobie sposób próbowania wszelkiego rodzaju nowalij zwanych tu: „newruzły.“ W tym rzędzie figuruje głównie jeden z rodzajów sałaty noszącéj nazwę „Ebbe.“ Zwykle nad wieczorem, aby zaspokoić słuszne uczucie głodu i przedtém nim nastąpi obiad, poważny tutejszy patrycyjusz zasiada przy basenie, każe sobie podać całe stosy sałaty, sam je obmywa, obiera i maczając w „Szyra“ czyli stężonym soku winogronowym, zgryza kilkanaście wiązek posypując je solą lub tylko popijając herbatą. Chleba wtedy wcale nie używa, uważając go za przeciwny skutkom, jakich oczekuje po sałacie, ta bowiem podług ogólnego mniemania jest środkiem orzeźwiającym, czyszczącym krew, a nawet mającym wpływać na stan jeszcze niewydanych na świat przyszłych obywateli Iranu, a głównie dziewcząt, które będąc jeszcze w łonie matki odczuwać już mają wpływ sałaty zkonsumowanéj przez ojca! Niemniéj jednak nie bywa się wolnym od narzekań, gdy podobny posiłek dostawszy się do czczego żołądka, razem z sokiem winogronowym (już samym przez się posiadającym własność rozwalniającą), zmusza do pozostawania w domu, częstszego zwracania się do imbryka z wodą i grzmotnego zachowywania się w ustępie w takiéj okoliczności, prócz pana domu przez nikogo nieodwiedzanego. O stanie zaś podobnego niedomagania przekonać się jest bardzo łatwo. Każdym bowiem razem, gdy odwiedzając Persa w domu znajdziemy go nieobwiązanym długim swym pasem można być pewnym, że wtedy czegoś mu nie dostaje i że podana

rada użycia jakiegoś aromatycznego naparu będzie przyjęta z wdzięcznością, a co najważniejsza, że zostanie uwzględnioną z całą ścisłością. Bo nic wstrętniejszego dla tutejszego obywatela niż potrzeba częstego wstawania ze swego siedzenia, konieczność wykonywania niezwykłych ruchów, powracanie znowu do materacyka i poduszki, a wszystko to w następstwie tylko użycia nadmiernéj ilości soczystéj jarzyny. Woli on też nieraz przebyć jakąś cięższą chorobę, aniżeli być zmuszonym do pozbywania się pasa choćby tylko na pewien czas i z okoliczności wcale jego zdaniem niewinnéj.

Zauważyliśmy, że dostatni tutejsi mieszkańcy nie szczędzą sobie wielości i jakości potraw i napojów. Zupełne przeciwieństwo spotykamy u mniéj zamożnych zarówno pośród obywateli miast jak i wiesniaków. U tych ostatnich potrzeba zaspokojenia głodu jest powodem, że się nie uwzględnia żadnéj okoliczności, nie zwraca się uwagi na jakość pożywienia, i byleby żołądek był pełny, to mniejsza o resztę. To też tak w domu jak i po za nim, prostak tutejszy wcale nie przywięzuje się do pory przeznaczonéj na przyjęcie posiłku, lecz tylko jada wtedy i tyle razy, ile tego czuje potrzebę. Rannym posiłkiem bywa u niego gorący zwykle podpłomyk jęczmienny, z pewną ilością sera lub miodu, miska maślanki nadmiernie rozwodniona, przy której podpłomyk zastępuje się cebulą, lub znowu kwaśne mleko („mast“) z dodatkiem zwietrzałego i suchego podpłomyka. To dla mężczyzn. Kobieta obowiązana do zachowania całéj ilości zebranego dziennie nabiału, po jego zwykłéj przeróbce, pozostawia go dla mężczyzn, sama zadowalając się prawie zewsze na twardo ugotowaném jajem, lub co częściéj bywa, czaszą przestałéj maślanki. Późniejszy posiłek przygotowany zwykle z rana i mający służyć na cały dzień stanowi potrawa złożona z pewnéj ilości mięsa lub tylko trzew baranich, gotowanych w znacznéj ilości wody i zaprawianych jarzynami, lub w czasie zimy, lemieszką zarobioną z kwaśnego mleka i mąki zwaną „Terhan.“ To potrawa codzienna. Ponieważ do przygotowania czegoś więcéj nie wystarczyłyby siły kobiety, na któréj barkach spoczywa obowiązek krzątania się około całéj gospodarki, a w potrzebie zastąpienia i roboczego wołu! Znalazłszy się jednak w mieście, tak mężczyzna jak kobieta starają się wynagrodzić sobie zbyt pojedyńczą domową strawę, zaspakajając apetyt w popularnych kuchniach, przywabiających swą wonią i dzwięczeniem miedzianych naczyń, czémś w rodzaju harfy Eola! Tutajto wystawione na widok przechodnia stoją ogromne misy miedziane wypełnione stosami ryżu odgotowanego w wodzie i zabarwionego kurkumą lub sokiem pomidorowym, obok łby kozie wybornie upieczone, białemi zębami uśmiechać się zdające do wygłodniałego przechodnia, dalej „Szach-kelab“ skwarzy się w tłuszczu, zanieczyszczając atmosferę ciasnych tych zakładów. Przy nim zaparzona fasola lub kukurydza, otacza całe kotły wypełnione rosołem, najczęściéj wywarem z kości podejrzanego pochodzenia i daty. Przy kuchni sąsiaduje mleczarz przedający kwaśne mleko i maślankę, a po drugiéj stronie zwykle ustala się „aw-dar“ częstujący swemi limoniadami wypełniającemi ogromne gąsiory o szyjkach zdobnych w kwiaty lub stosownie pocięty kolorowy papier. W drugim rzędzie po za naczyniami z ryżem i rosołem, skwarzą się wątróbki i płuca, gotują się kozie nóżki i to wszystko razem wzięte choć odstręcza swoją niechlujnością nie pozostaje jednak bez wywarcia wpływu na zmysł smaku zaciekawionego wieśniaka. Gromady też ich obsiadają podobne kuchnie, korzystając z nadzwyczajnéj taniości i z tego, że wszystko mają pod ręką. Gdy wreszcie głód zostanie zaspokojony zaraz znajdzie się sposób do uśmierzenia pragnienia. Tuż bowiem czuwa sprzedający odwar ze śliwek zwanych „ali-buara,“ będący dla wieśniaka napojem orzeźwiającym, a jednocześnie i przyspieszającym trawienie, słowem czemś w rodzaju wody sodowéj. Pije się tedy ten kwaskowaty odwar, za półcenta dostaje się piętnaście śliwek i naraz ma się smakowity napój, a jednocześnie coś nawet jakby kompot. Nie miałem potrzeby kosztowania podobnych potraw. Z dopytywań mogłem się jednak przekonać, że wszystkie bezwarunkowo są trudno strawne i że wieśniak powracający z miasta, rzadko kiedy bywa zadowolony z uczty, jaką tam sobie sprawił. Często już w drodze, którą zwykł odbywać na osiołku lub piechotą, zaczyna nie domagać i zmuszony co chwila do zdejmowania pasa, dopiero przybywszy do domu, spłaca zwykle trybut popełnionemu nadużyciu. Kobieta zaś powracając z miasta zawsze piechotą bez względu na jéj wiek i stan nieraz o cały dzień opóźnia przybycie do swéj lepianki jedynie z powodu wprowadzenia do ustroju większéj ilości wiktuałów, do których nie jest przyzwyczajoną w swém domowém pożyciu. Nieraz też zabawne spotyka się sceny przejeżdzając okolicą położoną w pobliżu miast tutejszych. Przy drodze lub w parowie, nad strumieniem lub pod drzewem, wypoczywa parę lub kilka kobiet, z których jedne jęczą, drugie z pominięciem wszelkiéj etykiety uciskają pięścią lub nawet kamieniem górną okolicę żołądka, lędźwie i w ogóle całą jamę brzuszną. Widok przybywającego mężczyzny wcale ich nie żenuje. Owszem w przekonaniu, że każdy z mężczyzn mianowicie cudzoziemiec jest koniecznie lekarzem, otaczają go wtedy całą gromadą, gestykulują, proszą o radę lub nawet o jakiś środek, byleby tylko złagodzić można skutki chwilowego pobytu w mieście i być w stanie co rychléj ruszyć w drogę. Potrzeba jednak wiedzieć o przyczynie, co wywołało te kłopoty w drodze. A wtedy podanie kropli Lokmana *(liq. an. Hofmani)* lub olejku miętowego wystarcza aby zyskać sobie okoliczną sławę i w danym razie być pewnym gościnnego przyjęcia w wiosce, z któréj pochodziły spotkane obywatelki. Łatwo zaś wytłumaczyć sobie te ich kłopoty, gdy uwzględnimy sposób przygotowywania potraw w perskich garkuchniach niedlegających żadnéj kontroli a których właściciel dba przedewszystkiém o szybką wysprzedaż przygotowanego jedzenia nigdy zaś o jego jakość. Najczęstszą zaś przyczyną złego bywają zwykle same naczynia miedziane, używane tak do gotowania, jak i przechowywania pokarmów. Bielone rzadko kiedy i to w sposób niedostateczny, oddziaływają one szkodliwie na samą jakość potraw i bywają przyczyną bardzo częstych tu zatruć, wcale nieuwzględnianych przez miejscowych mirzów-terapeutów. Nietylko jednak zatrucia niedokwasem miedzi zdarzają się wyłącznie w skutek niedbalstwa kucharzy ludowych, przypadki podobne spotyka się także dość często i w domach zamożniejszych obywateli, gdzie już nie mężczyznie lecz kobiecie powierza się czuwanie nad przygotowaniem codziennéj strawy. Tutaj przy większym stosunkowo nadzorze, nie podobna jednak uniknąć, ażeby pomiędzy wybielonemi naczyniami, nie wcisnęło się choćby jedno, które właśnie zaniedbano poddać téj niezbędnéj politurze. A wtedy prosta nieuwaga służącéj wystarcza, ażeby przygotowaną lub przechowaną w takiém naczyniu potrawą wprowadzić w trwogę cały „Handerun“ i zmusić gospodarza do poniesienia często dość znacznych wydatków, nie już na odpowiednie środki odtrutkowe, a tylko na zakupienie u zaturbanionego kapłana-znachora całych gromad amuletów w sposób prawdziwie cudowny wyprowadzających z przykrego kłopotu.

Być też może, że sposób skutecznego ich działania ma swoją podstawę bo jeżeli się uwzględni, że każdy podobny amulet składa się z kawałka brudnego papieru lub zużytego płótna, z małego kłębka brudnych bawełnianych nici, pergaminu lub strzępków żółtego safijanu namoczonych najprzód w wywarze kawowym i po wyschnięciu pokrywanych napisami mazistym tutejszym atramentem, gdy powiadam weźmie się na uwagę, że tak przygotowane środki odtrutkowe podają się pacyjentowi do połknięcia i popicia letnią wodą, w której rozpuszczono kawałek mydła, koniecznie zagranicznego, wtedy łatwy wysnujemy wniosek, że mogą one działać jako lek wymiotny i w prostéj drodze są zdolne do przyniesienia cierpiącemu pewnéj ulgi. I gdy zamożniejszy zwykł sobie postępować w ten sposób, uboższy wieśniak, dla którego nabycie amuletów jest rzeczą niedostępną, postępuje sobie daleko praktyczniéj. Niedojrzałe jagody głogu są dla niego jedynym pomocniczym środkiem, który jeszcze popiera okładając jamę brzuszną liściami łopuchu i piciem odwaru z łodyg i owocu rośliny zwanéj „anapi" (*Solanum nigrum*). Pomimo jednak wszystkich tych działań przypadki rychłego i zupełnego wyleczenia są rzadkie. Jeżeli nie nastąpi fatalne zejście jednego lub kilku członków rodziny, to z pewnością stan ich zdrowia zostanie podkopanym i przy najmniejszéj nic na pozór nieznaczącéj okoliczności, uwydatni się rychło szeregiem zatrważających objawów. Z tegoto właśnie powodu w niektórych okolicach, a mianowicie w perskim Kurdystanie i we wsiach położonych w pobliżu Tebryzu wyrabiają do użytku kuchennego naczynia gliniane. Wprowadzeniu ich jednak w ogólny użytek opiera się przesąd przywiązywania do naczyń miedzianych pewnego znaczenia związanego z tradycyją rodziny lub zaznaczonego pewnym wydatnym faktem. I pomimo że się oddaje słuszność tak zwanym „Czomlek" (naczynie gliniane) i wie się, że strawa w nich gotowana ma być daleko smaczniejszą to jednak rzadko gdzie można je znaleźć, bo zamożny uważa posiadanie ich za coś ubliżającego, a uboższy niechętnie tylko je nabywa jako przedmiot nieposiadający pożądanéj dlań trwałości. Miedź tedy, jak poprzednio tak i nadal nie wyjdzie z ogólnego użytku i pomimo niezaprzeczenie złych wpływów jakie wywiera na zdrowie mieszkańców zdobić będzie półki kuchenne i truć niedbałych. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

○ Na ostatniém posiedzeniu Akademii Umiejętności w Amsterdamie, doniósł Forster, że według jego doświadczeń czynionych wspólnie z Drem Geuns, prątek cholery zostaje zniszczonym jeżeli przedmioty nim zarażone wystawimy na działanie ciepłoty wyższéj nad 55°C.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·4. Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy 0 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry,, 3 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 1—7 sierpnia umarło z ospy: w Pradze i Rzymie po 5, w Wiedniu 1, w Budapeszcie 17, w Paryżu 2. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 7, w Berlinie 8, w Paryżu 28, w Londynie 13, w Petersburgu 10. Z odry umarło: w Berlinie 14, w Pradze 9, w Paryżu 22, w Londynie 35, w Petersburgu 15. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 18, w Hamburgu 7, w Londynie i Petersburgu po 14. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 8, w Berlinie 24, w Hamburgu 9, w Budapeszcie 12, w Paryżu 13, w Londynie 17, w Petersburgu 8. Z krztuśca umarło: w Paryżu 13, w Londynie 28. Z cholery umarło w Wenecyi 13, w Tryjeście 34.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,9; we Lwowie 31,7; w Brodach 15,3; w Drohobyczu 33,0; w Kołomyi 24,4; w Przemyślu 25,2; w Stanisławowie 33,1; w Tarnopolu 12,9; w Tarnowie 26,5; w Czerniowcach 23,5; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 30,4; w Opawie 35,6; w Pradze 33,5; w Wiedniu 22,4; w Salcburgu 27,4; w Gracu 26,5; w Tryjeście 72,7; w Insbruku 16,6; w Berlinie 29,6; we Wrocławiu 29,2; w Gdańsku 28,1; w Dreźnie 31,3; w Hamburgu 24,3; w Kolonii 21,3; w Lipsku 21,7; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 28,3; w Amsterdamie 25,8; w Bazylei 16,9; w Brukseli 26,8; w Chrystyjanii 31,8; w Genewie 10,8; w Kopenhadze 24,1; w Londynie 20,4; w Odesie 52,7, w Paryżu 22,2, w Petersburgu 27,1; w Rzymie 29,2; w Stokholmie 23,7; w Wenecyi 22,9; w Zurychu 16,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 sierpnia. W tych dniach opuści prasę dzieło wydane nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich pod tytułem: Dra Tadeusza Żulińskiego Higijena szkolna. Wydanie pośmiertne uzupełnione i do druku przygotowane przez Dra Kazimierza Grabowskiego, doc. higijeny w Uniw. Jagiell. Członkowie i prenumeratorowie Wydawnictwa otrzymają to dzieło bezpłatnie jako drugie premijum za rok 1885.

* W ostatnim Nrze donieśliśmy o niebezpiecznéj chorobie prof. Arlta, członka honorowego Tow. lek. krak., z dobrego źródła donieść dziś możemy, że stan zdrowia jego nieco się poprawił. Po zapaleniu żyły na podudziu powstało zaczopowanie z następową zgorzelą. Ta ostatnia zaczęła się ograniczać i w bieżącym tygodniu miano przystąpić do wykonania amputacyi. Stan sił jest względnie dobry, gorączki nie ma, chory jest przytomny, chwilami jednak bredzi.

* Dziennik urzędowy z 13 b. m. ogłasza układ zawarty, między Austryją a Szwajcaryją, na mocy którego dozwoloną jest praktyka osobom stanu lekarskiego w pasie granicznym zamieszkałym w obu państwach.

W Szczawnicy bawiło 2956 osób, w Krynicy 3783 w Gainfarn 1224, w Giesshüblu 409.

* **Paryż**. Składki na międzynarodowy zakład Pasteura wynoszą dotychczas 1,600.000 franków. Car przesłał jako swój udział kwotę 40.000 rs. (= 100.000 fr.).

Z inicyjatywy paryskiego Tow. lekarzy szpitalnych rozpoczęto dochodzenia co do zaraźliwości suchót. *Gaz. des hôp.* donosi, że zebrano 213 spostrzeżeń, z pomiędzy których 107 odnosi się do małżeństw, 73 do krewnych a 32 do osób obcych.

* **Londyn**. Angielska komisyja wysłana w celu zbadania metody Pasteura złoży wkrótce tymczasowe sprawozdanie. Jak *British Medical Journal* donosi ogólny wynik badań pod kierunkiem prof. Wiktora Horsleya dokonanych, o ile one się powiodły, jest dla zapatrywań Pasteura pomyślny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk**. Doc. Uniwersytetu wied. i adjunkt leśnéj stacyi doświadczalnéj Dr. Józef Moeller został mianowany zwyczajnym prof. farmakologii i farmakognozyi. — **Berlin**. Doc. Lesser, asystent zakładu sądowo-lek. został mianowany lek. sądowym we Wrocławiu. — **Kazań**. W miejsce prof. Subbotina, który ustąpił, mianowany został profesorem kliniki lek. Dr. Chomjakow, dotychczasowy prof. ogólnéj patologii i terapii a w miejsce tego ostatniego Doc. Dr. Sasetzky.— **Lyon**. Prof. Testat został mianowany prof. anatomii a Dr. Fochier prof. kliniki położniczéj. — **Wiedeń**. Doc. Uniw. wied. Dr. Feuer pułkowy lekarz w pułku honwedów mianowany został inspektorem lek. w węg. ministerstwie spraw wewn. — **Erlanga**. Dr. Graser habilitował się na docenta chirurgii. — **Monachijum**. Dr Voit i Dr. Seitz habilitowali się na docentów, pierwszy farmakologii, drugi med. wewn. — **Charków**. Nadzwyczajny prof. neurologii i psychijatryi Kowalewski został mianowany prof. zwyczajnym.

* **Nekrologija**. W Nowym Yorku umarł najznakomitszy z chirurgów amerykańskich Dr. Frank H. Hamilton. Od 1844 do 1862 był prof. w Buffalo a późniéj aż do r. 1875 w *Bellevue medical College* w Nowym Yorku. Wydał on znakomity podręcznik o złamaniach i zwichnieniach (przełożony na niemie-

ckie przez A. Rosego), kompendyjum chirurgii wojennéj i ogłosił wielką liczbę rozpraw w dziennikach amerykańskich.

W Londynie umarł Mr. Jerzy Buck, znakomity angielski badacz porównawczéj anatomii, zoologii, antropologii i geologii. — W Monachijum radca lek. Dr. Frank. — W Sommeritz w księstwie sasko altenburskiém tajny radca lek. Dr. Mader, długoletni dyrektor zakładu obłąkanych w Roda.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34: Kamockiego: Kilka uwag o nowoczesnéj operacyi zaćmy; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (dok.); Fabiana: O kąpielach elektrycznych (dok.). — *Medycyna* Nr. 33 i 34 nie doszła nas.

Redakcyja otrzymała
HLAVA: O zvláštni haemorrhagické infekci.
Tenże: Rhabdomyom leveho srdce.

Sprostowanie. W Nrze 34 na str. 448, kol. I. w. 21 od dołu zamiast *extr. belladonnae* w dawce dziennéj 5grm., winno być: 5cgrm.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 264.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego z roczną płacą 420 złr. i systemizowanym poborem deputatu soli — względnie posada lekarza salinarnego Dra wszech nauk lekarskich z roczną płacą:

ze strony c. k. skarbu salinarnego	520	złr.
ze strony bractwa górniczego	100	„
ze strony gminy miasteczka Kaczyki	100	„
razem	720	złr.

i systemizowanym poborem deputatu soli.

Lekarz salinarny ma prawo względnie obowiązek utrzymywania domowéj apteki z upoważnieniem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny za złożeniem odnośnych rachunków aptecznych, które rocznie do 100 złr. wynoszą; — również może wykonywać praktykę prywatną bez naruszenia swych obowiązków.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne.

Nadmienia się, że lekarz salinarny Dr. wszech nauk lekarskich ma widoki pełnienia agend sanitarnych przy kolei lokalnéj Hatna-Kimpolung obecnie się budującéj, jako też być czynnym jako lekarz ordynujący w czasie letniego sezonu w poblizkiéj leczniczéj miejscowości Solka.

Odnośne podania wraz z dotyczącemi załącznikami co do nauki i praktyki lekarskiéj należy wnieść do podpisanego zarządu salinarnego najdaléj do 25 Września 1886 r.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 15 Sierpnia 1886.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod topolkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 września 1886. **№ 36.** Rok XXV.

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego.

Podał
Dr. Jan Prus,
asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

Mimo licznych doświadczeń i badań, przedsięwziętych celem wyjaśnienia czynności fizyjologicznéj gruczołu tarczykowego, nie zdołano jeszcze rozwiązać należycie pytania, jakie zadanie spełnia ten gruczoł w ustroju. W doświadczeniach odnośnych zwracano głównie najpilniejszą uwagę na zachowanie się zwierząt po wycięciu gruczołów tarczykowych. Zwierzęta młode po wycięciu gruczołów zdychały wkrótce, śmierć ich tłumaczono jednak li tylko ciężkim zabiegiem operacyjnym, nie widziano bowiem żadnych objawów, któreby niewątpliwie odnieść wypadało do wyeliminowania czynności gruczołów tarczykowych, zwłaszcza że starsze i silniejsze zwierzęta przebywały tę operacyję szczęśliwie.

Prof. Piotrowski w wykładach swych „Fizyjologii ludzkiéj" pisze o gruczole tarczykowym: „Krwi tego gruczołu nie badano szczegółowo. Tu zatém jeszcze mniéj podstawy mamy do ocenienia czynności, niżeśmy mieli przy śledzionie. Równa nieznajomość czynności obu narzędzi stała się powodem, że im równą czynność przypisywano; wycięcie śledziony nie miało pociągać za sobą złych skutków, gdyż gruczoł tarczykowy w miejsce śledziony podwyższył swą czynność, a że i wycięcie gruczołu tarczykowego u zwierzęcia gorszych skutków za sobą nie pociąga, tłumaczono to podwyższeniem działalności śledziony. Jednakże wycięto od razu u tego samego zwierzęcia i śledzionę i gruczoł tarczykowy, a skutek był ten sam. Bardeleben, który pierwszy takowe doświadczenie robił, zauważył, że zwierzę operowane po wyleczeniu nie miało już tego popędu płciowego co poprzód; inni tego nie zauważyli i owszem udało im się po takim psie otrzymać młode zupełnie zdrowe. Sądząc z anatomii porównawczéj, która wykazuje, że u rozmaitych zwierząt gruczoł tarczykowy razem z krtanią czyli raczéj głośnią położenie swoje zmienia i tak np. u ptaków oba te narzędzia są położone w miejscu, gdzie się tchawica rozdziela, mniemano, że gruczoł ten ma jakąś styczność z wydobywaniem głosu; jednak głos psa, któremu wycięto gruczoł tarczykowy, nie jest zmieniony. Dokąd żądza poznania rzeczy ciemnéj doprowadza, można widzieć ztąd, że chciano gruczołowi tarczykowemu nawet przypisać wpływ na sen; z spostrzeżenia, że szyja wieczorem jest grubsza nieco niż zrana, wnoszono, że wieczór jest większy nawał krwi do tego gruczołu, że przeto mniéj krwi do mózgu się dostaje, a wiadoma rzecz, że zmniejszona ilość krwi w mózgu sprawia omdlenie. Wolę przyznać, że zupełnie nie znamy zadania gruczołu tarczykowego".

Luschka sądzi, że gruczoł tarczykowy ma zadanie chronić krtań, tchawicę, naczynia i nerwy od ucisku mięśni. Według Whartona gruczoł ten ma przyczyniać się do upiększenia szyi. Prochaska przypuszcza, że gruczoł tarczykowy nie ma żadnego znaczenia dla życia pozapłodowego. Największą liczbą zwolenników cieszyła się teoryja regulacyjna Schregera, który zadanie gruczołu tarczykowego upatruje w tém, *„ut haec glandula sanguinis immodicos appulsus a cerebro abarceat et moderetur"*.

Freund (*Die Beziehungen der Schilddrüse zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Nr. 18) zwrócił uwagą na niewątpliwie istniejący związek gruczołu tarczykowego z czynnościami narządów rodnych niewieścich. Gruczoł tarczykowy powiększa się zazwyczaj w okresie dorastania, bardzo często w czasie miesiączkowania i ciąży a zawsze wśród porodu, po którym zmniejsza się w 12 do 24 godzin. Mniéj regularnie zdarza się powiększenie gruczołu w okresie karmienia.

Schiff podaje, że jedynym objawem u zwierząt, któ-

rym wycięto gruczoły tarczykowe, był tylko brak poprzedniéj ruchliwości i zbytnia senność. Z tegoto powodu nazwał on gruczoł tarczykowy gruczołem sennym (*Schlafdrüse)* i przypuścił, że gruczoł ten ma wpływ na krążenie krwi w mózgu, a tém samém na odżywienie mózgu. Spostrzeżeń tych jednak inni autorowie nie potwierdzili z wyjątkiem Zesasa, który do pewnego stopnia podziela zapatrywanie Schiffa. Zesas (*Uiber die Folgen der Schilddrüsenextirpation beim Thiere. Wien. med. Wochenschr.*, 1884) twierdzi na podstawie swych doświadczeń, że całkowite wycięcie gruczołów tarczykowych sprowadza śmierć zwierzęcia w ciągu 20—27 dni. Oględziny pośmiertne wykazywały niedokrewność szaréj i białéj istoty mózgu, którato niedokrewność za życia miała się, zdaniem tego autora, objawiać niechęcią do jadła, ospałością i chwiejnym chodem. Śmierć następowała zazwyczaj wśród drgawek. Wobec tego sądzi Zesas, że gruczoł tarczykowy służy niejako za zbiornik dla krwi i że gruczoł ten reguluje krążenie krwi w mózgu, nie określa jednak bliżéj, jakim sposobem się to dzieje.

W ubiegłym roku wystąpił Schiff ze zdaniem, że gruczoł tarczykowy wytwarza jakiś nieznany nam ferment, niezbędny dla chemicznych przemian odbywających się w ustroju. Doświadczenia odnośne wykonywał w ten sposób, że wycinał psom gruczoły tarczykowe a następnie zaszywał te gruczoły do jamy otrzewnowéj. Z doświadczeń tych okazało się, że te psy, którym zaszył wycięte gruczoły tarczykowe do jamy otrzewnowéj, pozostały przy życiu nie okazując najmniejszych zboczeń, podczas gdy psy, którym po wycięciu gruczołów tego nie uczynił, podpadały wkrótce charłactwu, wycieńczeniu i w końcu zdychały.

Ughetti i Mattei (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1886 Nr. 11) wycinali u psów i królików gruczoły tarczykowe jużto całkowicie, juźteż częściowo i przyszli do tego przekonania, że psy zdychają wkrótce po operacyi, króliki zaś dobrze znoszą tę operacyję. Równoczesne wycięcie gruczołów i śledziony sprowadza również rychłą śmierć u psów, gdy króliki pozostają przy życiu. Z tego wnoszą autorowie, że gruczoł tarczykowy spełnia niejednakowo ważną czynność u różnych zwierząt.

Horsley (*Centralblatt f. klin. Med.*, 1886, Nr. 8) wycinał gruczoły tarczykowe u małp i podaje, że zwierzę po operacyi dokonanéj ostrożnie i według zasad antyseptyki pozostaje przy życiu. Już jednakowoż mniéj więcéj w pięć dni po operacyi zaczynają zwierzęta tracić chęć do jadła, a w mięśniach pyszczka i odnóg pojawiają się drgania włókienkowe, potęgujące się stopniowo. Po niejakimś czasie jedzą małpy wprawdzie znów ochoczo, chudną jednak, stają się ospałe i apatyczne. Pyszczek i powieki nabrzmiewają, ciepłota spada poniżéj prawidłowéj i rozwija się wodnistość krwi i *leukocytosis.* Obok drgań włókienkowych okazują mięśnie pewien niedowład i sztywność a czasem pojawia się przemijające porażenie połowicze. Czucie nie zdaje się być upośledzone, odruchy skórne i ścięgniste są zmniejszone. Uderzającém jest nadto przytępienie funkcyj psychicznych a czasem pojawiają się napady szału z błachych pobudek, podobnie jak u idyjotów. Źrenice zwykle dobrze oddziaływają na światło. Czasem występuje nagle chwilowa duszność. Tkanka podskórna, zwłaszcza na szyi i brzuchu, przedstawia się tak samo, jak w chorobie zwanéj „myxoedema“ u człowieka. Podściołka tłuszczowa zanika. Ślinianki i śledziona ulegają przerostowi. Po upływie 5—7 tygodni od czasu operacyi następuje śmierć wśród ogólnego zapadu sił. Horsley sądzi na podstawie tych doświadczeń, że wycięcie gruczołu tarczykowego u małp sprowadza stan zupełnie analogiczny do choroby zwanéj „myxoedema“ u ludzi, nadmieniając zarazem, że jego zdaniem myxoedema, matołectwo (*cretinismus)* i *cachexia strumipriva* Kochera są choroby identyczne. Daléj twierdzi ten autor, że wspomniane drgania włókienkowe nie polegają prawdopodobnie na zaburzeniach w czynności kory mózgowéj, gdyż po wycięciu odpowiednich ośrodków korowych (ruchowych) nie znikały drgania. Natomiast skłania się do przypuszczenia, że drgania te polegają na zaburzeniu czynności rdzenia pacierzowego lub przedłużonego, za czém ma przemawiać ta okoliczność, że drgania włókienkowe znikają wśród ruchów dowolnych i wśród zadziałania bodźców zewnętrznych, potęgują się zaś w czasie wdychiwania eteru. Wielkiéj doniosłości ma być fakt, że w ślinie, cieczy opuchlinowéj i krwi zwierząt operowanych znajduje się mucyna. Wobec tego sądzi autor, że przez wycięcie gruczołu tarczykowego wstrzymaném zostaje wydzielanie mucyny, co znów ma za sobą pociągać właśnie co opisane następstwa chorobowe. Na poparcie tego twierdzenia przytacza Horsley, że po wycięciu jednego płatu gruczołu tarczykowego przerasta drugi płat, spełniając czynność zastępczą, skoro atoli wytnie się i tę część gruczołu, pojawiają się powyższe objawy chorobowe.

Colzi przypuszcza, że czynność gruczołu tarczykowego polega na odbieraniu krwi pewnych produktów, mogących działać szkodliwie na układ nerwowy i na niszczeniu tych szkodliwych produktów.

Niemniéj ciekawe są doświadczenia odnoszące się do działania trucizn u zwierząt, którym dokonano wycięcia gruczołów tarczykowych. Uwzględniając, że zwierzęta te okazały o wiele mniejszą odporność na działanie trucizn, wywnioskowano, że gruczoł tarczykowy udaremnia poniekąd zabójcze działanie trucizn i czyni tym sposobem organizm odporniejszym względem trucizn.

Nie mogę pominąć uwagi, że nie brak jest także doświadczeń wykonanych i w nowszych czasach a wskazujących, że wycięcie gruczołów tarczykowych u zwierząt nie sprowadza żadnych złych skutków. I tak Philipeaux (*Compt. rend. de la Soc. de biol.*, 1884) wycinał gruczoły u bardzo wielu psów zawsze bez szkody. Kaufmann mógł nawet u młodych piesków wyciąć gruczoły tarczykowe bez żadnych złych następstw, nie wycinał on jednak nigdy obu gruczołów od razu lecz na dwa zawody, a mianowicie drugi gruczoł wycinał mniéj więcéj po 20 dniach (*Centralblatt f. klin. Med.*, 1885) Tizzoni nie widział u królików po całkowitém wyłuszczeniu gruczołów tarczykowych żadnych zaburzeń ani w ogólném zachowaniu się zwierząt, ani w ich wzroście, ani téż w składzie krwi. Nawet po następowém wycięciu śledziony pozostały zwierzęta zdrowemi.

Sanquirico i Canalis (*Centralbl. f. med. Wissensch.* 1885) twierdzą natomiast na podstawie swych spostrzeżeń, że całkowite wyłuszczenie gruczołów tarczykowych u psa sprowadza zawsze śmierć zwierzęcia bez względu na to czy śledzionę pozostawiono nietkniętą czy téż ją równocześnie wycięto. Częściowe zaś wycięcie gruczołów znoszą psy dobrze mimo tego, że pozbawiono ich śledziony. Z tego wnoszą, że mała część gruczołu tarczykowego wystarcza do utrzymania życia zwierzęcia. Śmierci zwierząt po wycięciu gruczołów nie można, zdaniem ich, odnosić do zmian w krwi, gdyż krew zazwyczaj nie ulega żadnéj wybitniejszéj zmianie. Zarazem odmawiają gruczołowi tarczykowemu wszelkiego

wpływu na wytwarzanie się krwi, jak niemniéj przeczą podaniu, jakoby gruczoł ten był w stanie zastąpić śledzionę w jéj czynności fizyjologicznéj. Natomiast skłaniają się wzmiankowani autorowie do zdania, że gruczoł tarczykowy odgrywa ważną rolę w chemizmie ustroju i że w tym względzie posiada jakiś związek z układem nerwowym ośrodkowym.

Wielkiéj doniosłości są bez wątpienia doświadczenia Albertoniego i Tizzoniego (*Uiber die Folgen der Extirpation der Schilddrüse. Centralbl. f. med. Wissensch.*, 1885, Nr. 24). Według nich króliki znoszą dobrze wycięcie gruczołów tarczykowych, psy natomiast zdychają po największéj części, z 24 psów operowanych pozostało bowiem tylko 4 przy życiu. Objawy występujące po wycięciu gruczołów odpowiadały tym objawom, jakie inni autorowie zauważyli, a mianowicie pojawiało się drżenie, kurcze, zniecżulenia, wychudnienie, zaczerwienienie uszu, utrudnienie żucia, zapalenie spojówki i rogówki. Nadto zauważyli powyżsi autorowie zboczenia w oddychaniu, napady duszności, kurcze mięśni brzusznych, oddech przyspieszony, tętno częstsze i białkomocz. Badanie krwi doprowadziło do wykrycia przyczyny wszystkich tych objawów. Po wycięciu gruczołów tarczykowych krew tętnicza przybiera własności krwi żylnéj, t. j. zawiera równą lub nawet mniejszą ilość tlenu niż krew żylna. Badania krwi dokonali autorowie sposobem Bernarda, chwytając krew z tętnicy udowéj psa wprost pod rtęcią. Podczas gdy u zdrowego psa w tych samych pozostającego warunkach, w jakich trzymano zwierzęta operowane, znajdowało się w 100 objętościach krwi tętniczéj około 17·8 obj. tlenu, zawierała krew tętnicza psów operowanych w takiéj saméj ilości zaledwie 8—11 obj. tlenu. Drugi ważny fakt, jaki powyżsi autorowie stwierdzili, dotyczy zwyrodnienia nerwów obwodowych, odległych od pola operacyjnego, jak np. nerwu kulszowego. Zwyrodnienia te znajdują się w pewnych obszarach włókien nerwowych, a są podobne do tych zwyrodnień, jakie napotykamy w nerwach naciąganych. Zmiany odnoszą się głównie do osłonki rdzennéj, która wkrótce zanika. Późniéj zanika włókienko osiowe, a natomiast mnożą się jądra osłonki Schwanna i rozrasta się tkanka łączna. Autorowie jednak nie chcą wprzód stanowczo rozstrzygać, czy opisane zwyrodnienia są wynikiem zmniejszonéj ilości tlenu krwi, zanim nie zbadają mikroskopowo ośrodków nerwowych, a jakkolwiek przypuszczają, że powyższe zmiany mogą być przyczyną niektórych objawów nerwowych, to z drugiéj strony nie wykluczają możebności, że zmiany te mogą być tylko wyrazem skutku naciągnięcia nerwów wśród szybkich i gwałtownych skurczów mięśni. (C. d. n.)

II. Jak skuteczniéj leczyć dur brzuszny, antipyrezą czy jodkiem potasu?

Napisał i podał

Dr. Henryk Jeleński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35)

Prof. Zuelzer w 2gim wydaniu *Real-Encykl.* Eulenburga w artykule *„Abdominaltyphus“* nie tylko nie pominął mię milczeniem, lecz przytoczywszy wzmiankę z nazwiska, kończy ją uwagą, iż należałoby tém bardziéj podjąć dalsze doświadczenia ze środkiem jodowym *„da üble Folgen nie beobachtet sind“*. (*Real-Encyklop.* II. *Aufl.* T. I. p 61—2). Z tego widać, że środek jodowy w durze brzusznym nie jest z pogardą porzucany. Wprawdzie i inni, jak Klebs, Rossbach, Rothe i tylu innych zalecają leki antyseptyczne innego rodzaju ale zawsze ostatecznym celem jest tu staranie się o działanie miejscowo tam, gdzie się rozpanoszyła owa *„olla putrida“*. Już o wiele wcześniéj, jak wiadomo, szkoła francuzka a za nią niemiecka podkopały ze stanowiska anatomo-patologicznego mocno starą pyretologiję z całym zasobem gorączek samoistnych, i znikły téż z horyzontu patologii owe kliniczne dziwolągi, jak *febris nervosa versatilis, torpida, stupida, gastrica, biliosa in nervosam vergens* itp. inne, z których obecnie w systemie patologicznym nie spostrzeże się nawet śladu. Tém dziwaczniéj, jeśli mimo jawnego nonsensu, jakim taki Petersen, Wernich i wielu innych piętnują leczenie saméj tylko ciepłoty w gorączce wskroś zakaźnéj, jak w durze brzusznym, usiłują niektórzy niejako zmartwych wzbudzić leczenie gorączek jakby chorób esencyjonalnie istniejących. Zwrot ten cechuje wyraźne zmylenie z obecnego toru naukowego. Któż bowiem nie zna i nie widzi nowego kierunku w patologii gorączek zwłaszcza zakaźnych, oraz starannych usiłowań w terapii temu zwrotowi odpowiadających. Pytam się, cobyśmy w leczeniu chorób zakaźnych gorączkowych zyskali na badaniach anatomo patologicznych, fizycznych, chemicznych itd. skoro pyretologija samoistna zarzucona w teoryi, zrehabilitowałaby się zupełnie w terapii klinicznéj? Odszukano miejscowe zmiany chorobowe, wiadomo gdzie jest siedlisko jadu przyrzutowego w durze brzusznym, aby na końcu leczyć nie właściwą całkowitą chorobę, lecz objaw pojedyńczy, co cieniem, skorupą choroby nazywają. Gdzież tu logika lekarska? Jodek potasu okazał się w durze brzusznym ze wszech miar skutecznym lekiem a szczegółowe opisy zebranych moich spostrzeżeń z wynikiem pomyślnym do tego stopnia przekonały szan. kolegę Dra Trzeciaka, naczelnego lekarza szpitala wojskowego u nas w kraju, że widział się spowodowanym zastósować w danym razie jodową metodę dla stwierdzenia wartości zalecanego środka. Sposobność w krótce mu się wówczas nadarzyła, mając bowiem przed sobą panujący epidemicznie w szpitalu dur brzuszny, mógł na większą niż ja skalę przekonać się o skuteczności jodku potasu w omówionéj chorobie. Uzyskany wynik raczył mi łaskawie listownie udzielić z załączeniem tabelki porównawczéj z innemi jednocześnie w téj epidemii używanemi metodami leczenia, z czego korzystając mógłem ją z jego wiedzą zużytkować w méj pracy, w Przegl. lek. ogłoszonéj. Jeżeli szanow. kolega Dr. Pisek w wykładzie swoim czyni zarzut, ze innych kontrolujących metod leczniczych obok jodku potasu nie stósowano, snadź tabelki podanéj nie zauważył, bo inaczéj musiałby niezawodnie spostrzedz dowód skuteczności, przytoczony tam jako wywnioskowany z potrójnéj porównawczo używanéj metody: a to 1) przeciwgorączkowéj z całym przyborem; 2) poronnéj v. kalomelowéj i 3) jodowéj z dokładnym wykazem ozdrowienia, śmiertelności, dni szpitalnych, zkąd szanow. Dr. Trzeciak, nabrawszy przekonania o bezwarunkowéj przewadze jodku potasu, pisze do mnie w wyrazach niezmiernego zadowolenia: „Po skutku tak świetnym wypadnie w durze na przyszłość wyłącznie téj jodowéj trzymać się metody“ [1].—Nieco dziwniéj niż inne brzmi ta uwaga szan. autora wykładu, że z jodkiem potasu nic nowego nie wprowadzam do terapii duru brzusznego, bo tylko zastępuję obok inych używanych tu środków chinin. Otóż objaśniam, że ja mówię o leczeniu jodkiem potasu i to zupełném, podczas gdy rzeczą jest udowodnioną, iż ani chinin ani cała antyseptyka chorób gorączkowych zakaźnych bynajmniéj nie leczą, a ciepłotę chwilowo

[1] Oryginalnym listem Dra Trzeciaka równie jak wyżéj nadmienionym prof. Ewalda mogę służyć szan. Red. do rozporządzenia.

obniżając, na chorobę samą najzupełniéj nie wpływają. Wszak toż samo potwierdzają i do przesytu powtarzają zdania pierwszych naszych klinicystów, wyżéj przytoczone, gdy przeciwnie wszyscy, co uważnie badali skuteczność jodowego środka w durze, przypisują mu bez ograniczenia siłę leczniczą i wprost uznają go za wyborny lek, nie wyjmując takiego Liebermeistra. W istocie krótszy czas trwania choroby, zmniejszona śmiertelność i szybszy powrót do zdrowia przekonywają o znakomicie leczniczéj działalności tego zalecanego przetworu.

Co do przypuszczenia szan. autora wykładu, jakoby natężenie chorobowe opisanych przezemnie przypadków duru było tylko mierne odwołuję się do objaśnienia tego punktu przez Liebermeistra, który za objaw cięższego nasilenia duru brzusznego podaje rozwiniętą wysypkę różyczkową (*Vorles. über spez. Path.* itd., tom I, *Infektionskrnkh.*, 1885, str. 135). W moich spostrzeżeniach nigdzie nie brakło tego przypadu. Zresztą niechaj łaskawy czytelnik zechce przejrzeć historyje chorób Nr. 1, 5, 8, 9, 11, 15, 19, 20 dla przekonania się o niesłuszności zarzutu. Nieco dziwniéj może brzmi twierdzenie dalsze, że tak moich 47 przypadków durowych prywatnych jak i 94 Dra Franciszka Trzeciaka szpitalnych miało być lekkiéj formy, jedne i drugie zebrane w róznych czasach i tak oddalonych zakątkach kraju jak kieleckie i płockie; byłbyto zaprawdę niezwykle fenomenalny wypadek lub zbieg okoliczności! Że obok głównego środka jodowego staram się mym chorym durowym sprawić ulgę usuwaniem niektórych obciążających przypadów przez przestrzeganie czystości, orzeźwianie a głównie niedopuszczanie zapadu, tego mi chyba żaden lekarz-praktyk nie przygani. Wszak środki pobudzające w danym zwłaszcza razie bywają w durze nieuniknione, co przez wszystkich klinicystów jest rzeczą *uni sono* uznaną. Ztąd też wysnuwam trzy przeważnie wskazania w terapii duru brzusznego, o czém szczegółowo w méj poprzedniéj pracy (*Gazeta Lekarska.* Warszawa, 1882).

Zbliżając się do końca, widzę się zmuszonym zwrócić uwagę szanow. kolegów na tę nader ważną okoliczność, która tak z pracy méj poprzedniéj w Przeglądzie Lekarskim jak z całego obecnego usprawiedliwienia w niniejszéj replice widnieje, iż w skrytykowanéj przez szan. Dra Piska kwestyi durowéj stoimy na wręcz przeciwległych biegunach, walcząc całkiem nierówną bronią. Albowiem na moje *facta loquuntur* znajduję w krytyce tylko gołosłowne dowodzenia, zaczerpnięte żywcem z obcych źródeł bez wszelkiego śladu własnego badania w sprawie czysto praktycznéj natury. W prywatnéj praktyce zbierając mozolnie spostrzeżenia, musiałem unikać luźnych doświadczeń dla próby a przechodząc przez kilkudziesięcioletnią pracę lekarską faktycznie rozmaite metody nauki i leczenia, od pyretologii aż do obecnéj bakteryjologii w patologii, krok zaś w krok od antiflogistyki do antyseptyki w terapii, starałem się zawsze z postępu nauki naszéj oka nie spuszczać, lecz trzeba mi wyznać, że ciągła przemiana prawie chaotyczna w leczeniu w ogóle, a w durze brzusznym po szczególe, zapędziła mnie do szukania ocalenia w środkach, które niezbałamuconemu doświadczeniu i racyjonalnemu myśleniu lepiéj odpowiadają. Mam to przekonanie, że bezstronny kolega i czytelnik zgodzi się ze mną, iż w teraźniejszym czasie przeważnego realizmu w lecznictwie na dowodzeniach luźnéj teoryi bez poparcia jakimbądź faktem poprzestać nie można, a cóż dopiero tam gdzie idzie o kliniczne doświadczenie *ex juvantibus.*

Starałem się tedy dowodnie wykazać, że antipyreza traci obecnie na znaczeniu i powadze w terapii. Przeciwnicy zewsząd się mnożą i śmiało do walki występują, a sąto nasze powagi naukowe pierwszego znaczenia. Co zaś do leczenia duru brzusznego środkiem antiseptycznym wykazałem, że nie pozostaję w odosobnieniu. To może przekonać szan. Dra Piska, że moje praktyczne doświadczenie ma co najmniéj usprawiedliwioną podstawę naukową i wartość leczniczą w omówionéj chorobie. Są atoli tacy, dla których chęć krytyki *quand même* ma szczególny powab bez względu na wadliwą zasadę. Że to na teraz wada ogólniejsza, dość posłuchać użalań kolegów poważnych i poważanych. Dr. T. Hering, znany warszawski laryngolog uskarża się na kongresie lek. w Kopenhadze, że niejednokrotnie przydarza się niektórym środkom w farmakologii, jak nie jednemu na świecie, gdzie ktoś łatwo przychodzi do znaczenia, gdy rówiennik równie dobry a może i lepszy bywa niezasłużenie zapoznanym i pogardzanym (*Berlin. klin. Woch.*, 1885, Nr. 11, str. 167). Zarzuca daléj krytykom, że porzucili zupełnie bywały dotąd zwyczaj uprzedniego bezstronnego badania działalności jakiegoś leku, zanim wystąpią z stanowczém zaprzeczeniem jego skuteczności (l. c., str. 171). Podobnie utyskuje prof. Rossbach twierdząc, iż nie ma niewdzięczniejszego zadania, nad zalecanie nowego środka w terapii (*Berl. klin. Woch.*, 1885, Nr. 14). Cóż więc dziwnego, że mnie z małego miasteczka to wszystko nie ominęło? jestem sądzony i zasądzony, a to bez żadnych faktycznych dowodów jak w rzeczach naukowych przystoi. Spieszę zakończyć moją replikę zapewnieniem, że przez 40 letnią przeszło nader mozolną praktykę, bo prowincyjonalną, trzymałem się pilnie obok nauki zawsze faktów, spostrzeżonych skrupulatnie a com widział i czegom doświadczył, odważyłem się *pro bono publico* podawać szan. kolegom do wiadomości. Nie mogę atoli podzielić zdania tych, którzy radzą tymczasowo zadowolić się symptomatycznem leczeniem chorób, z radykalném zaś czekać na odkrycie kiedyś jakich specyfików, więcéj do gustu przypadających, co szan. Dr. Pisek w zakończeniu swego obszernego wykładu wyraźnie za artykuł wiary podaje. Co zaś dotyczy obecnie chorujących, można będzie pocieszać ich nadzieją dobrą *melioris fortunae* nowych wynalazków w terapii, bo tak sam Liebermeister uspakaja, zapewniając nawet, że z czasem nastąpić to musi. Jednakże w mojém, lekarza praktyka, przekonaniu, taka terapija *in spe* w obec cierpiącéj ludzkości uznaje się jawnie jakby przedsiębiorca w stanie niewypłacalności, każdy bowiem chorujący człowiek chce bezwarunkowo w granicach możliwości skuteczną mieć pomoc bez względu na jakiś tam panujący w terapii system; wszak do takiéj radykalnéj rady niezaprzeczone ma prawo, a lekarz, posiadający wiedzę i doświadczenie, że może ze skuteczną wystąpić poradą, nie musi i nie powinien ni się wahać ni oglądać na system lub panującą modę w terapii, têm bardziéj na pogardliwe *jurare in verba magistri.* Téj zasady postępowania trzymałem się przez wieloletni czas méj praktyki lekarskiéj. Kończę przytoczeniem dla przykładu jawnego faktu poprawniejszego postępowania w osądzaniu cudzéj pracy. Wiadomo powszechnie, że Dr. G. Guttmann, lekarz małego miasteczka na Śląsku pruskim, miał odwagę w niezbyt dalekiéj przeszłości zaalarmować świat lekarski nowém odkryciem cudownego działania *pilocarp. muriat.* w błonicy (*diphtheritis*) jakoby środka swoistego w téj strasznéj chorobie. Doświadczano na rozległą skalę tego sposobu leczenia faktycznie wszędzie. Poczém poważnie za i przeciw się rozprawiono, ale ani z dowcipkami ani sądem z gołosłownéj teoryi

powstałym, choćby arcyuczonym nikt zgoła nie poważył się wystąpić. Taki stan rzeczy w obecnym moim wypadku może posłużyć wszystkim i komu z osobna zależy na tém za wzór słusznego osądzenia sprawy, czysto praktycznéj natury. Powtarzam po raz ostatni, ja stary lekarz-praktyk z faktami rachować się mogę ale nigdy z teoretyczném jedynie rozumowaniem, bodaj nader uczonym bez żadnych namacalnych dowodów, który zresztą w obecnym czasie nikogo trzeźwo myślącego ani przekona ani zadowoli.

Na tém kończę z uwagą, iż wszelką dalszą dyskusyję o tym przedmiocie dla mnie skończyłem. Objaśnia to aż nadto dostatecznie przytoczona na wstępie sentencyja naszego kronikarza Joach. Bielskiego: „Przeciw prawdzie rozum nic“ [1].

III. Oceny i sprawozdania.

Virchow: O zatorach tłuszczowych a eklampsyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

W jaki sposób przy eklampsyi przychodzi do embolii tłuszczowéj? na to pytanie Virchow stanowczo odpowiedzieć nie może. W większéj liczbie przypadków można napotkać pęknięcie lub przedarcie jużto przy wejściu do pochwy, jużtéż w ścianie pochwy, które niekiedy sięgają aż do tkanki podskórnéj. Czy to już wystarcza do wytłumaczenia to nad tém autor dłużéj się nie zastanawia. Udowodniono jednak, że po zmiażdżeniach zewnętrznego podskórnego pokładu tkanki tłuszczowéj lub tkanki tłuszczowéj znajdującéj się wśród miednicy, napotykano w znacznéj ilości zatory tłuszczowe w narządach, a śmierć zazwyczaj występowała wśród objawów znacznego zaburzenia krążenia w płucach. Płuca wtedy przybierają barwę ciemno-czerwoną, a jeśli się wytnie kawaleczki ze środka tych miejsc ciemno-czerwono zabarwionych, to wszędzie można się spotkać z powyższym wybitnym obrazem.

W nerkach napotykal autor zatorowanie kłębków Malpighiego u osób zmarłych na eklampsyję. W przypadku Leydena zatory tłuszczowe w kłębkach były tak znacznego stopnia, iż do wyjątków je zalicza; nigdy bowiem ani w powyższych przypadkach, ani robiąc odpowiednie doświadczenia na zwierzętach nie mógł w takim stopniu ich zauważyć. We wszystkich owszem powyższych przypadkach zmiany były bardzo nieznaczne, pod względem nasilenia nawet nie zbliżały się do nich. W ogóle w samych kłębkach zazwyczaj zmiany są bardzo nieznaczne, powierzchowne, nie tak, jak to powszechnie przyjmowano. Wprawdzie nie da się zaprzeczyć, że można się spotkać z przemianą tłuszczową w przybłonku wyścielającym torebki, drobniuchne jednak ziarnka tłuszczu niczego nie dowodzą i nie rzadko się pojawiają, natomiast nigdy nie zauważył autor ważniejszych zmian w saméj ścianie naczynia jak i w przybłonku torebki. Tłuszcz bowiem, jeśli nie zawiera w sobie zakaźnych mikroorganizmów, jest zupełnie obojętną istotą i nie sprowadza zaburzeń w otoczeniu. Inaczéj, gdy zawiera w sobie szkodliwe przyrzuty, wtedy dostają się one do kłębków i tutaj daléj się rozwijając mogą sprowadzić następowe zmiany, co jednak wszystko dzieje się wśród światła naczyniowego, bez udziału ścian naczynia a tém mniéj przybłonka, który torebkę wyściela. Sam miąższ nerkowy w ogóle nie przedstawia żadnych wybitnych i stałych zmian. Najczęściéj jeszcze spotkać się można ze znaczną niedokrewnością kory a przekrwieniem piramid jak np. w przypadku Leydena itp. a skoro i w najświeższym przypadku Schrödera, gdzie zatory tłuszczowe są bardzo nieliczne i nieznaczne pod względem nasilenia ten sam obraz się utrzymuje, to upoważnia to autora do mniemania, jakoby wejrzenie nerki eklamptycznéj nie było wywołane przez zatory tłuszczowe, ale było wynikiem zmian obocznych. Żadna nerka, nawet ta, która okazywała największe zmiany makroskopowe, nie okazywała jakiejkolwiek zmiany w tkance interstycyjalnéj, podstawowéj, lecz tylko zmętnienie i przyćmienie przybłonków, wyścielających wnętrze kanalików krętych a nawet w jednym przypadku mieściła się w nich znaczniejsza ilość waleczków galaretowatych.

Że niekonieczną jest rzeczą, aby w każdym przypadku eklampsyi u położnicy na stole sekcyjnym stwierdzić zatory tłuszczowe, wskazuje 5ty przypadek, w którym autor pomimo częstych kurczów i drgawek za życia i pomimo licznych zmiażdżeń tkanki podskórnéj tłuszczowéj na rozmaitych częściach ciała a nawet i pęknięcia ściany pochwy, przecież nie znalazł ani śladu embolii tłuszczowéj. U zmarłéj téj napotkano tylko zapalenie pasorzytnicze śródsierdzia z ogniskami przerzutowemi w rozmaitych narządach a szczególnie w nerkach, zbliżającemi się bardzo pod względem wejrzenia do ognisk gruźliczych, które jednak pod mikroskopem badane składały się z kolonij mikroorganizmów.

Z spostrzeżeń swych dochodzi autor do wniosku, że zatorów tłuszczowych w kłębkach nie można wprowadzić w ścisły związek z eklampsyją, że embolia tłuszczowa może istnieć nie wywołując znaczniejszych zmian w miąższu nerkowym; w ogóle że odpowiedź na pytanie, czy istnieje związek między eklampsyją a zmianami w miąższu nerkowym jest ujemną.

Należałoby atoli zająć się bliżéj tą kwestyją w 2ch kierunkach, t. j. co do postaci, formy, i co do punktu wyjścia embolii tłuszczowéj u położnic. Oprócz bowiem pokładów tkanki tłuszczowéj podskórnéj w miednicy małéj, około nerek, w tkance zaotrzewnowéj, na krezce, w tkance śródpiersia itd. częstokroć punkt wyjścia stanowi szpik kostny. Również należałoby stwierdzić, czy z wątroby tłuszcz bezpośrednio nie dostaje się do krążenia, jak to już na to zwrócił uwagę najpierw Zenker, a którato sprawa według spostrzeżeń doświadczalnych Dra Jürgensa nie jest tak rzadką, jak dotychczas sądzono, co nastać może tém rychléj, o ile żyła wątrobowa pozostając ścianami swemi w bezpośrednim związku z miąższem wątrobowym nie może się zupełnie zwęzić, przez co przy zmiażdżeniach, przedarciach itd. miąższu wątrobowego bardzo łatwo nastręcza się sposobność dostania się cząstek zmiażdżonego miąższu do niéj.

O ile egzystencyja pojedynczego osobnika przez nagromadzenie się w miernym stopniu tłuszczu w naczyniach włosowatych płuc jest zagrożoną, nie da się stanowczo odpowiedzieć. Pies duży, silny, ginie po upływie 5ciu minut. W zwykłych atoli warunkach nie nagromadza się tyle tłuszczu w krążeniu; w wielu jednak przypadkach ludzie, u których napotykamy objawy zatorów tłuszczowych, już poprzednio byli w stanie osłabienia a narząd ich oddechowy częstokroć już bardzo mało był zdolny do należytéj funkcyi, tak iż autor uważa za stosowne utrzymywać, że w takich warunkach, przy osłabionéj już czynności krążenia i oddechania i mierne zatorowanie naczyń włosowatych krwionośnych w płucach stanowi ważną okoliczność. A jeśli na pod-

[1]) Dawszy autorowi dostateczną sposobność obronienia swego przekonania rzecz tę uważamy za zakończoną i dyskusyję zamykamy. *(Przyp. Red.)*

stawie doświadczeń znaczna ilość tych osób ginie właśnie w skutek opuchliny płucnéj, to bardzo za têm przemawia, aby ten objaw, który stwierdzony został jako bezpośrednie następstwo silnéj embolii posłużył do wytłumaczenia tych przypadków, w których nie dostaje się tyle tłuszczu do krążenia.

W końcu nadmienia autor, iż na podstawie doświadczeń własnych i znacznéj liczby młodych pracowników pod jego przewodnictwem, nie mógł się nigdy na preparatach dopatrzeć zatorów tłuszczowych w naczyniach mózgowych przy równoczesnéj eklampsyi i embolii tłuszczowéj w innych narządach. (*Berl. klin. Wchschrft* 1886, Nr. 30). *Dr. Krokiewicz.*

Hotz (Chicago): **O leczeniu jaglicy przez wyciskanie ziarn w przeciwstawieniu do wycinania załamka spojówki.**

Wiele sposobów leczenia ma podobieństwo do rakiet, które się z wielkim hałasem wznoszą, na chwilę uwagę zajmują a wkrótce cicho i bez śladu w ciemnościach nikną. O wielu nowych sposobach leczenia nie słychać po pierwszêm ich zachwaleniu nic więcéj. Po takich doświadczeniach staje się lekarz ostrożnym i poddaje nowe środki i leki surowéj krytyce zanim je zastosować spróbuje. Często wprawdzie nie można o ich wartości sądzić bez doświadczenia, niekiedy jednak są ich niedostatki i szkodliwe skutki tak oczywiste, że je śmiało bez próby odrzucić można. Do takich zalicza autor bardzo słusznie sposób leczenia jaglicy za pomocą wycinania załamka spojówki, na nowo przez niektórych niemieckich i francuskich autorów w nowszym czasie gorąco zalecany. Tak względy fizyjologiczne jak i kosmetyczne sprzeciwiają się temu umyślnemu kaleczeniu powiek. Brak załamka tamuje ruchy gałki ocznéj, sprowadza rodzaj opadu górnéj powieki i upośledza jéj ruchomość, czyni oko skłonnêm do zadrażnienia i do zapaleń rogówki. Zmniejszona ruchomość powiek staje się nadto przyczyną zeszpecenia. Zwolennicy wycinania załamka podnoszą wprawdzie, że jaglica, leczona zwykłemi sposobami, sprowadza i tak niższy lub wyższy stopień zaniku załamka, a jego wycięcie skraca znacznie trwanie leczenia i szybko usuwa następowe cierpienia rogówki. Korzyści te osiągnąć jednak można innym sposobem, wolnym od przywar wycięcia, o którego wyższości przekonał się autor w długoletniêm doświadczeniu. Zanim jeszcze Mandelstamm w roku 1883 polecił wyciskanie ziarn jaglicowych, uskuteczniał je autor już od dwóch lat we wszystkich przypadkach jaglicy i osiągnął wyniki bardzo zadowalające. Postępuje on w sposób następujący: dużym albo wskazującym palcem ręki lewéj utrzymuje powiekę górną odwiniętą, wsuwa następnie pod nią duży albo wskazujący palec ręki prawéj zwrócony paznogciem ku powiece, tak, iż górny brzeg jéj chrząstki razem z naciekłym załamkiem znajduje się pomiędzy oboma dużemi palcami (a względnie palcem wskazującym). Cisnąc oba palce duże ku sobie i sunąc równocześnie prawy zwolna po spojówce ku przodowi, wywiera się jednostajny ucisk na ziarna jaglicowe i wygniata ich treść. Powtarzając ten zabieg kilkakrotnie wzdłuż powieki można zazwyczaj w jednêm posiedzeniu uwolnić spojówkę dokładnie od wszystkich ziarn jaglicowych. Zamiast palców użyćby można oczywiście jakiegoś odpowiedniego narzędzia, np. małéj kopystki, używając jednak palców lepiéj można miarkować siłę ucisku. Na powiece dolnéj nie można zazwyczaj posługiwać się palcami. Autor zastępuje je tutaj długiemi zakrzywionemi szczypczykami bez zębów (tęczówkowemi), chwyta fałd załamka naciekły ziarnami wygiętą ich częścią (nie końcami) i odciąga szczypczyki zwolna od powieki. W chwili naprężenia uchwyconego fałdu spojówki wypróżniają się ziarna, a cienka spojówka wymyka się z ramion szczypczyków. W podobny sposób wygnieść można ziarna znajdujące się w fałdzie półksiężycowym lub w spojówce gałkowéj. Zabieg ten jest wprawdzie, nawet po użyciu kokainu, bardzo bolesny, tak, iż niekiedy znieczulenie chloroformem staje się potrzebnêm. Wygnieceniu ziarn towarzyszy zawsze obfite krwawienie, działające niezawodnie zbawiennie na chorą tkankę. Jakkolwiek gwałtownym wydaje się cały zabieg, autor nie widział nigdy ani śladu niemiłéj reakcyi, a obmywania zimną wodą uśmierzają łatwo bóle. Już nazajutrz czuje się chory znacznie lepiéj, a po 2 do 3 dniach można już przejść do leczenia potrzebnego w celu wyleczenia doszczętnego. Jeżeli spojówka nie okazuje znaczniejszych zmian a przedstawia tylko objawy prostego zadrażnienia przewlekłego, stosuje autor raz na dzień rozczyn sublimatu (1 na 2000), w razie zaś obfitszéj wydzieliny śluzowéj daje pierwszeństwo 1 lub 2% rozczynowi azotanu srebrowego. Postępując w ten sposób spostrzegał H. we wszystkich przypadkach równie szybkie polepszenie cierpień rogówki i wyleczenie jaglicy jak po wycięciu załamka a miał przytêm tę korzyść, że załamek nie ulegał uszkodzeniu, powieki zaś nie doznawały żadnego upośledzenia. (Sprawozdawca Przegl. Lek. stosował ten sposób leczenia dotąd w nielicznych jeszcze przypadkach, otrzymał jednak wyniki zupełnie zgodne z autorem, a tak pomyślne, iż go ze wszechmiar do dalszych doświadczeń zachęcają). (*Archiv für Augenheilk.* Knappa i Schweiggera tom XVI, zeszyt 3 i 4). *Rydel.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie III z dnia 18 czerwca 1886.

Przewodniczący: Kol. Korczyński. Obecni koll. Cybulski, Gluziński Łazarski, Mikulicz, i Dr. Wachtel.

Przewodniczący zdaje sprawę z narad podkomisyi (kol. Łazarski, prof. Rostafiński, Dr. A. Baraniecki, mag. farm. P. F. Gralewski, p. J. Boehm i przewodniczący), która obradowała nad wnioskiem założenia ogrodu aklimatyzacyjnego dla roślin lekarskich.

Podkomisyja ta przyszła po wyczerpującéj dyskusyi do przekonania, że jak na teraz założenie ogrodu aklimatyzacyjnego nie przyniosłoby spodziewanych korzyści a to tak z powodu znacznych kosztów jakieby wynikły z zakupna lub wydzierżawienia odpowiedniego gruntu w samêm mieście lub w najbliższéj okolicy, z urządzenia i utrzymywania ogrodu, — jak nie mniéj z powodu, że przy braku krajowych składów aptecznych, któreby posiadały ustalone stosunki handlowe z zagranicą, sprzedaż roślin byłaby utrudnioną. — Z tych powodów podkomisyja nie może doradzać, aby Komisyja przemysłowa dawała zachętę do założenia spółki akcyjnéj, mającéj na celu urządzenie ogrodu aptekarskiego.

Natomiast wnosi taż podkomisyja:

a) Zebrać daty statystyczne, ile spotrzebowują rocznie apteki krajowe takich ziół lekarskich, które rosną dziko w kraju, lub też bywają już obecnie sztucznie w kraju uprawiane. W tym celu należy co do Galicyi wschodniéj odezwać się z prośbą do gremium aptekarskiego we Lwowie, podczas gdy P. mag. farm. F. Gralewski jako senior gremium aptekarskiego krakowskiego obiecuje wystosować odezwę w téj mierze do aptekarzy Galicyi zachodniéj. W odezwie téj ma być także zawarte pytanie, zkąd apteki zaopatrują się w te zioła a w szczególności czy i ile tychże sprowadzają z poza kraju.

b) Zapytać się aptekarzy, którzy uprawiają już rośliny lekarskie (jak pp. Kurowski w Wadowicach, Winnicki w Zatorze, Zieniewicz w Brzostku, Żymirski w Ropczycach i innych kilku)

ile wynosi ich produkcyja roczna, jaka ilość spotrzebowaną bywa przez apteki krajowe a jaka sprzedaną poza granice kraju.

c) Starać się wszelkiemi sposobami, popierać produkcyję już obecnie w kraju uprawianych roślin lekarskich, zachęcać obecnych producentów do rozszerzania swoich zakładów, i starać się o ułatwienie im sprzedaży produktów jak na teraz przez zachęcanie aptekarzy, ażeby potrzeby swe co do ziół o ile można zaopatrywali w kraju.

d) Obmyśleć sposób, aby wyciągi (ekstrakta) z ziół krajowych wyrabiane były w kraju w rozmiarach daleko większych aniżeli obecnie, gdzie po największéj części sprowadzane bywają z fabryk pozakrajowych i pod tym względem zapytać się o zdanie Towarzystwa aptekarskiego we Lwowie.

Komisyja przemysłowa wnioski te przyjmuje w zupełności i upoważnia przewodniczącego do wykonania tych, które obecnie już wykonać się dadzą a co do reszty uprasza też samą podkomisyję do dalszego zajęcia się sprawą. — Na wniosek Dra Wachtla uchwala zarazem Komisyja przemysłowa zwrócić uwagę podkomisyi, czy nie należałoby przedewszystkiém dążyć do tego, aby rozpowszechnić w kraju na większą skalę uprawę kilku tylko roślin lekarskich, o których jest pewność, że się dobrze udają i że są popytne i popłatne, a na wniosek Przewodniczącego uchwala pod tym względem wejść w porozumienie z Towarzystwem rolniczém krakowskiém.

Doc. Dr. Gluziński, sekretarz.

Posiedzenie IV z dnia 2 lipca 1886.

Przewodniczący kol. Korczyński. Obecni członkowie koll. Gluziński, Jaworski, Mikulicz, Łazarski. Zaproszony Dr. Wachtel.

1) Przewodniczący zawiadamia, że w kwestyi wystawy przemysłowéj podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w r. 1887 we Lwowie, pisał do Lwowa, otrzymał jednak wiadomość, że Komitet gospodarczy Zjazdu jeszcze się nie zawiązał.

2) Uchwalono prosić Towarzystwo lek. krak., aby przez lekarzy Polaków w zdrojowiskach zagranicznych praktykujących wezwało odpowiednie zarządy do utrzymywania na składzie w aptekach przetworów balneologicznych i wód krajowych.

3) Sekretarz zawiadamia, że p. Trąbczyński z Winiar nadesłał swój wyciąg słodowy, a p. Mutniański z Warszawy pastylki nitroglicerynowe swego wyrobu. Przetwory te rozdzielone i przesłane będą z prośbą o wypróbowanie do obydwu oddziałów chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, do szpitala dzieci św. Ludwika i kol. Łazarskiemu.

4) Resztę posiedzenia zajęła sprawa wyrabiania w kraju przetworów do opatrunku chorych służących.

Doc. Dr. Gluziński, sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 20·9. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.), z duru plamistego 2 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 1 błonicy, i 1 duru osutkowego. W tygodniu od 8—14 sierpnia umarło z ospy: w Warszawie 1, w Pradze 1, w Budapeszcie 15, w Rzymie 6, w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło: w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Tryjeście 40. Z duru brzusznego umarło: w Londynie 17, w Paryżu 44, w Petersburgu 11. Z odry umarło: w Berlinie 11, w Londynie 29, w Paryżu i Petersburgu po 18, w Pradze 7. Z płonicy umarło: w Hamburgu 10, w Kolonii 6, w Budapeszcie 18, w Paryżu 11, w Londynie 10, w Petersburgu 8. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 16, w Altonie 5, w Hamburgu i Magdeburgu po 8, w Mnichowie 6, w Budapeszcie 12, w Paryżu 15, w Londynie 18, w Amsterdamie 8, w Petersburgu 11, w Warszawie 9. Z krztuśca umarło: w Paryżu 8, w Londynie 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,4; we Lwowie 33,1; w Brodach 15,3; w Drohobyczu 41,3; w Kołomyi 18,3; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 43,3; w Tarnopolu 27,6; w Tarnowie 30,6; w Czerniowcach 23,5; w Warszawie 33,7; w Poznaniu 36,5; w Wiedniu 24,7; w Salcburgu 27,4; w Gracu 22,1; w Tryjeście 63,0; w Insbruku 21,3; w Pradze 34,7; w Bernie 31,1; w Ołomuńcu 20,5; w Opawie 40,4; w Berlinie 29,5; we Wrocławiu 32,5; w Gdańsku 29,9; w Dreźnie 23,3; w Hamburgu 25,9; w Kolonii 28,4; w Lipsku 27,5; w Mnichowie 27,8; w Strasburgu 30,2; w Amsterdamie 22,8; w Bazylei 15,5; w Brukseli 31,2; w Budapeszcie 33,4; w Chrystyjanii 21,8; w Genewie 18,0; w Kopenhadze 22,3; w Londynie 18,9; w Odesie 37,5; w Paryżu 22,5; w Petersburgu 28,9; w Rzymie 18,4; w Stokholmie 23,4; w Wenecyi 29,0; w Zurychu 18,4.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 września. N. Pan nadał postanowieniem z d. 16 sierpnia r. b. docentowi prywatnemu na Wydziale lek. U. J. Dr. Izydorowi Kopernickiemu tytuł nadzwyczajnego profesora Uniwersytetu.

* Szereg prac, jakie z pojedynczych oddziałów szpitala św. Łazarza w ciągu roku 1884 i 1885 zamieściliśmy, a mianowicie prace prof. Obalińskiego, Drów Kopffa, Żuławskiego, Balickiego, Paszkowskiego i Zarewicza zebrane razem ukazały się pod tytułem: Sprawozdanie ze szpitala św. Łazarza w Krakowie. Z polecenia Wydziału krajowego wydane przez Komitet administracyjny tegoż szpitala. Tom I. Sprawozdanie za r. 1883. — Szereg ten poprzedza krótki wstęp do sprawozdania pióra prof. Dra Korczyńskiego jako przewodniczącego w Komitecie administracyjnym, z którego się dowiadujemy o datach statystycznych odnoszących się do całego szpitala. Zbiór ten prac stanowi broszurę o 226 stronnicach i przedstawia się bardzo dobrze. Wszystkie prawie większe szpitale zagraniczne ogłaszają drukiem podobne sprawozdania, dla tego powinszować wypada Komitetowi administracyjnemu, że udało mu się wydawnictwo to do skutku doprowadzić, a mamy nadzieję, że za przykładem krakowskiego szpitala pójdzie i lwowski, w którym już co do r. 1873 zrobiono próbę. Jeżeli co sprawozdaniu, o którém mowa, zarzucićby można, to, zdaniem naszém, pożądanąby była większa jednolitość w opracowaniu pojedynczych sprawozdań, z których jedne obejmują tylko niektóre choroby, gdy inne ogół chorób leczonych. Ta jednostajność opracowania dałaby się osiągnąć, gdyby prymaryjusze z pośród siebie wybrali komitet redakcyjny. Żywimy nadzieję, że w przyszłości i pod tym względem sprawozdanie wyż wyrażonemu życzeniu odpowie.

* W dniach 6 i 7 września ma obradować w Insbruku VII Wiec delegatów Związku austryjackich Towarzystw lekarskich. Na porządku dziennym znajdują się między innemi sprawami: *a)* sprawa utworzenia Izb lekarskich (referenci prof. Dr. Janovský z Pragi i Dr. Karol Kohn z Wiednia), *b)* sprawa zaprowadzenia obowiązkowego szczepienia (referent doc. Dr. Kratter z Gracu), *c)* sprawa obowiązku pełnienia służby szpitalnéj przed otrzymaniem prawa praktyki (referent Dr. Valenta z Lublany), *d)* sprawa stosunku lekarzy do kas związkowych dla chorych robotników (referent Dr. Henryk Adler z Wiednia), *e)* sprawa praw i obowiązków lekarzy (referent Dr. Gauster z Wiednia), *f)* sprawa organizacyi stanu lekarskiego na zasadzie samopomocy (ref. Dr. Prossinag z Cilli).

W związku z powyższym Wiecem odbędzie się w d. 8 września Zjazd lekarski, na którym mieć będą wykłady: 1) Prof. Dr. Weichselbaum z Wiednia: O dzisiejszym stanie bakteryjologii, 2) prof. Dr. Nicoladoni z Insbruku: O gruźlicy kości piętowéj *(Calcaneus)* i wyłuszczeniu téj kości.

* W dniu 31 sierpnia obchodzono w Paryżu setną rocznicę urodzin słynnego chemika Chevreula, najstarszego obecnie z członków paryskiéj Akademii. Akademija Umiejętności w Krakowie zaproszona do wzięcia udziału w obchodzie przez delegacyję, otrzymawszy późno zaproszenie, wystosowała telegram z powinszowaniem.

* O stanie zdrowia prof. Arlta możemy donieść, że chory ma się lepiéj o tyle, że nie ma bólów i apetyt jest lepszy, zgorzel jednak nie ograniczyła się dotąd dostatecznie, sięga po kolano. Na łydce mięśnie są obnażone. Brak snu dokucza choremu. Dopiero za 2 lub 3 tygodnie spodziewać się można jakiéj zmiany.

W Cieplicach czeskich bawiło do d. 28 sierpnia 6609 osób.

* **Berlin.** Dr. Herman Eulenberg starszy radca lekarski, członek Deputacyi naukowéj dla spraw lekarskich i redaktor znakomitego kwartalnika *Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin* obchodził 50tą rocznicę doktoratu w d. 20 sierpnia, pyrz któréjto sposobności otrzymał gwiazdę do orderu orła czerwonego Iléj kl.

* **Bruksela.** Belgijska Akademija lekarska przyznała nagrodę za najlepszą rozprawę o patogenezie i terapii chorób ośrodków nerwowych Dr. Stevensowi z Nowego Yorku.

* **Hala.** Ces. Leopoldo karolińska niem. Akademija przyrodników obrała swemi członkami ks. Dra Karola Teodora bawarskiego i ks. Dra Ludwika Ferdynanda bawarskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Nadzwycz. prof. Uniw. wiedeńskiego Dr. Bandl mianowany został zwyczajnym prof. położnictwa i ginekologii w niem. Wydz. lek.— **Berlin.** Doc. Dr. Albert Guttstadt mianowany został nadzwyczajnym prof. — Katedrę chemii środków pożywczych, która ma być nowoutworzoną ma objąć Dr. Sell, członek państwowego Urzędu zdrowia, który już miewał w tym przedmiocie wykłady na uniwersytecie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 33: Biegańskiego: O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowém (c. d.); Neugebauera (syn): Kilka słów o położnictwie japońskiém (c. d.). — Nr. 34: Dobieszewskiego: Spostrzeżenia kliniczne z zakładu zdrojowego w Maryjenbadzie. Leczenie krwotoków bternych zdrojami glaubersko solnemi marienbadzkiemi; Biegańskiego: O rokowaniu w zapaleniu płuc włóknikowém (dok.); Neugebauera: Kilka słów o położnictwie japońskiém (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Hewelkego: Z kliniki prof. Baranowskiego. Wrodzone połączenie komórek serca; Jerzykowskiego Przyczynek do leczniczéj wartości wyskrobywania macicy w pologowém zapaleniu wewnątrzmacicznėm. — W *Przeglądzie weterynarskim* Nr. 9: Wiktora: O leczeniu tylczaka (dok.); Boczkowskiego: Liszaj wyłysiający (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. Teodor HERING: O wyleczalności owrzodzeń gruźliczych przy t. zw. suchotach krtani napotykanych. (Odbitka z „Gaz Lek.") Warszawa 1886, in 8vo str. 11.

Tenże: Kwas mleczny jako środek leczniczy przy owrzodzeniach gruźliczych towarzyszących t. zw. suchotom krtani. (Odbitka z „Medycyny"). Warszawa 1886, in 8vo str. 29.

MALINOWSKIEGO: Kilka uwag o „malaryi" i patognostycznėm znaczeniu powiększenia śledziony u dzieci. (Odbitka z „Gaz. Lek.").

WICHERKIEWICZA: Ósme sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu. Poznań 1886. 8vo str. 42.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 września 1886. № 37. Rok XXV.

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego.

Podał

Dr. Jan Prus,
asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Badania nad rozwojem gruczołu tarczykowego nie zdołały wiele przyczynić się do poznania czynności tego gruczołu. Podczas gdy Wiedersheim (*Lehrbuch der vergleichenden Anatomie der Wirbelthiere)* na podstawie porównawczych badań embryjologicznych sądzi, że gruczoł tarczykowy w przebiegu rozwoju fylogenetycznego zmienia swą funkcyję u różnych zwierząt, twierdzi Huschke, Dohrn i Fischelis (*Archiv f. mikrosk. Anat.*, t. 25, str. 439), że gruczoł ten, jak niemniéj grasicę uważać należy jako resztki łuków skrzelowych, a mianowicie jako ostatni zabytek zanikłéj pewnéj szpary skrzelowéj.

Spostrzeżenia kliniczne były bez wątpienia najdzielniejszą pobudką do żywszego zainteresowania się pytaniem, jakie zadanie fizyjologiczne spełnia gruczoł tarczykowy. Nie tylko bowiem różne postacie wola i choroba Basedowa skłaniały wielu autorów do pilnego badania czynności tego gruczołu, lecz przedewszystkiém spostrzeżenia Kochera domagały się rychłego podniesienia grubéj zasłony, pokrywającéj fizyjologiczne znaczenie gruczołu tarczykowego. Jak wiadomo, autor ten zauważył, że ludzie, a zwłaszcza dzieci, po całkowitém wyłuszczeniu wola nie rozwijają się ani cieleśnie, ani umysłowo i że pojawiają się u nich zboczenia, które odnieść należy, jego zdaniem, niewątpliwie do zaburzeń w odżywieniu mózgu (*cachexia strumipriva).* Nie zapuszczając się w omawianie różnych teoryj, mających na celu wytłumaczenie charłactwa Kochera, wspomnę tylko, że przeważna część powyżéj przytoczonych doświadczeń przedsięwziętą była głównie w chęci należytego wyświecenia téj kwestyi. Nadto nadmienić muszę jeszcze o innych chorobach, występujących czasem u ludzi po wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego, a mianowicie o tężyczce *(tetania)*, o kurczach epileptycznych, na które pierwszy prof. Mikulicz zwrócił uwagę (O resekcyi wola wraz z uwagami o następstwach całkowitego wyłuszczenia gruczołu tarczykowego. Przegląd Lek., 1885, Nr. 48) i o porażeniach mięśni krtaniowych. Wreszcie ważnym jest dla nas także związek, jaki zachodzi między wolem a matołectwem. Prof. Billroth *(Allg. Wien. med. Ztg*, 1886, Nr. 14) sądzi, że wczesne rozwinięcie się wielkiego wola może mieć wpływ na chorobowy rozwój naczyń w mózgu, a mianowicie rozszerzenie żył w powiększonym gruczole tarczykowym może się posunąć aż do żył mózgu a wpłynąwszy w ten sposób niekorzystnie na krążenie krwi w mózgowiu sprowadzić może objawy matołectwa.

Jak z tego krótkiego zestawienia widzimy, istnieje wiele sprzecznych zdań co do fizyjologicznéj czynności gruczołu tarczykowego. W obec tego usprawiedliwionym być winien najmniejszy choćby przyczynek, mogący posłużyć do wyjaśnienia funkcyi tego gruczołu i z téjto pobudki przystępuję do skreślenia doświadczeń, wykonanych pod kierunkiem prof. Cybulskiego w zakładzie fizyjologicznym. Na tém miejscu niech mi wolno będzie złożyć Czcigodnemu profesorowi wyrazy gorącéj podzięki, jegoto bowiem zachęcie i niestrudzonéj pomocy zawdzięczam powstanie niniejszéj pracy.

Pomnąc, jak świetne zdobycze przyniosła metoda histologicznego badania różnych gruczołów, znajdujących się jużto w okresie spotęgowanéj swéj czynności fizyjologicznéj, wywołanéj przez drażnienie elektryczne odpowiednich nerwów, jużtéż w stanie spoczynku, powziąłem myśl zastosowania téj metody do badania gruczołu tarczykowego. W tym celu należało przedewszystkiém wyszukać bardzo starannie nerwy dochodzące do gruczołu. Badania w tym kierunku przedsięwzięte częścią na świeżych trupach, częścią na preparatach, macerowanych w glicerynie i kwasie azotowym, pouczyły, że oprócz znanych gałązek nerwu współ-

czulnego dochodzą do gruczołu tarczykowego nieliczne, bardzo delikatne włókna nerwowe od nerwu krtaniowego górnego, gubiące się głównie w splocie naczyniowym gruczołu.

Doświadczenia wykonywałem na różnych zwierzętach, a mianowicie królikach, świnkach morskich, owcy, przeważnie zaś na psach, drażniąc gałązki nerwu współczulnego i nerwu krtaniowego górnego, a wśród badania uwzględniałem ze szczególną uwagą:

1) makroskopowe zachowanie się gruczołu,
2) stan naczyń limfatycznych,
3) krążenie krwi w gruczole a mianowicie ilość krwi, wypływającéj z przeciętéj żyły tarczykowéj,
4) mikroskopowe zachowanie się krwi, wypływającéj z żyły gruczołu,
5) mikroskopowy obraz gruczołu drażnionego w porównaniu z preparatami gruczołu niedrażnionego.

1) Makroskopowe zachowanie się gruczołu tarczykowego wśród drażnienia elektrycznego nerwów, dochodzących do gruczołu. — Wśród drażnienia dolnéj części szyjnéj nerwu współczulnego zauważyć można było zmianę w barwie gruczołu, a mianowicie gruczoł stawał się bledszym. Różnicę w barwie najlepiéj ocenić można było przez porównanie barwy gruczołu z barwą mięśni i tchawicy. Natomiast wśród drażnienia obwodowéj części przeciętego nerwu krtaniowego gruczoł przybierał barwę ciemno-czerwoną a po dłuższém drażnieniu obrzmiewał tak, że objętość gruczołu drażnionego przewyższała czasem gruczoł niedrażniony 2 lub nawet 3 razy.—Pod lupą widać było nadto drobne punkciki różowawe, nadające gruczołowi wejrzenie marmurkowe, co znów sprawiało wrażenie, jak gdyby gruczoł podzielił się na drobne zraziki.

2) Zachowanie się naczyń limfatycznych wśród drażnienia nerwów gruczołu. — Jakkolwiek badania w tym kierunku przedsięwzięte połączone były z wielkiemi trudnościami, wyszukanie bowiem drobnych naczyń limfatycznych jest rzeczą bardzo mozolną, można było przecież stwierdzić, że naczynia limfatyczne, wychodzące z gruczołu występowały wybitniéj wśród drażnienia nerwu krtaniowego górnego. Wpływ ten najwidoczniejszym był w doświadczeniu, wykonaném na owcy, u któréj wyszukano starannie naczynia limfatyczne przebiegające na szyi aż do miejsca, w którém wchodzą do przewodu piersiowego. Drażnienie nerwu współczulnego nie miało widocznego wpływu na stan naczyń limfatycznych gruczołu.

3) Krążenie krwi w gruczole wśród drażnienia nerwu współczulnego i nerwu krtaniowego górnego.—Badanie parcia krwi i szybkości krwi w jednéj z tętnic gruczołu tarczykowego okazało się niemożebném, tętnice bowiem są tak wąskie, że o wprowadzeniu kaniulj do ich wnętrza mowy być nie mogło. Nawet u owcy wszelkie odnośne usiłowania nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem. Musiano więc obrać inną metodę badania, a mianowicie metodę, którą posługiwał się najprzód Klaudyjusz Bernard, badając krążenie krwi w śliniance. Jestto metoda wprawdzie prosta i nie bardzo ścisła, mimo tego jednak okazała się zupełnie dostateczną dla naszych celów. Polega ona na liczeniu kropel krwi, wypływających z przeciętéj żyły w pewnéj jednostce czasu. Tok doświadczenia był następujący: Po należytém odpreparowaniu żyły tarczykowéj dolnéj i podwiązaniu wszystkich gałązek pobocznych nieodchodzących z gruczołu, przecinaliśmy żyłę zawieszaliśmy wolny jéj koniec na odpowiedniéj podstawce tak, że krew kroplami swobodnie odpływać mogła do podstawionego naczyńka. Następnie odsłoniwszy nerw współczulny i nerw krtaniowy górny, jak niemniéj gałązki tych nerwów, dochodzące do gruczołu, drażniliśmy je dostatecznie silnym prądem przerywanym. Krople wypływające z otwartéj żyły liczyliśmy dokładnie tak wśród drażnienia nerwów jakoteż w okresie wolnym od drażnienia.

Z doświadczeń w tym kierunku przedsięwziętych przytaczam następujące:

Doświadczenie VII. Pies średniéj wielkości bez narkozy.

1) Bez drażnienia wypłynęło z żyły	21	kropli	w minucie
2) Wśród drażnienia n. krtan. gór. . .	32	„	„
3) Bez drażnienia	23	„	„
4) Wśród drażnienia n. współczul. . .	12	„	„
5) Bez drażnienia	21	„	„
6) N. współczulny draż.	13	„	„
7) Bez draż.	22	„	„
8) N. współczulny draż.	15	„	„
9) Bez drażnienia	26	„	„
10) N. krtaniowy g. draż.	46	„	„
11) N. współcz. draż.	15	„	„
12) N. krtaniowy g. draż.	42	„	„
13) N. współcz. draż.	20	„	„
14) Bez drażnienia	26	„	„
15) N. krtaniowy g. draż.	32	„	„
16) N. współczulny draż.	15	„	„
17) Bez drażnienia	25	„	„
18) Bez drażnienia	25	„	„

Bez drażnienia nerwów wynosiła więc średnia liczba kropel w minucie 23·7, wśród drażnienia nerwu krtaniowego górnego 38, a wśród drażnienia nerwu współczulnego 15. Z tego widzimy, że drażnienie nerwu krtaniowego górnego przyspieszyło krążenie w gruczole tarczykowym o kropli 14·3 w minucie, podczas gdy drażnienie nerwu współczulnego zwolniło krążenie o 8·7 kropli, a powtóre, że wśród drażnienia n. krtaniowego górnego przepływała przez gruczoł tarczykowy przeszło 2 razy większa ilość krwi, niż wśród drażnienia nerwu współczulnego.

Doświadczenie VIII. Suczka, średniéj wielkości, bez narkozy.

1) Bez drażnienia nerwów . . .	18	kropli	w minucie
2) N. krtaniowy górny draż. . .	27	„	„
3) Bez drażnienia	20	„	„
4) N. krtaniowy g. draż.	36	„	„
5) Bez drażnienia	19	„	„
6) N. krtaniowy g. draż	48	„	„
7) Bez drażnienia	19	„	„
8) Dolna gałązka n. współcz. draż.	6	„	„
9) Górna „ „ „ „	17	„	„
10) Dolna „ „ „ „	3	„	„
11) Bez drażnienia	22	„	„
12) Górna gałązka n. współcz. draż.	24	„	„
13) Dolna „ „ „ „	5	„	„
14) Bez drażnienia	20	„	„
15) Dolna gałązka n. współcz. draż.	5	„	„
16) Górna „ „ „ „	20	„	„
17) „ „ „ „ „	19	„	„
18) Dolna „ „ „ „	4	„	„
19) Górna „ „ „ „	15	„	„
20) Bez drażnienia	15	„	„

W tém doświadczeniu jest jeszcze wybitniejszym wpływ

antagonistyczny nerwu krtaniowego górnego i nerwu współczulnego, a mianowicie dolnéj jego gałązki, górna bowiem gałązka nerwu sympatycznego nie miała żadnego wpływu na krążenie krwi w gruczole tarczykowym. (C. d. n.)

II. Spostrzeżenia z kazuistyki chirurgicznéj.

Dr. H. Schramm,
operator we Lwowie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

III.

Dwa przypadki wycięcia macicy przez pochwę *pince à demeure.*

Do licznego zastępu operacyj, które wprowadzenie swe do chirurgii lub przynajmniéj rozleglejsze zastósowanie w praktyce zawdzięczają postępowaniu przeciwgnilnemu, należy także wycięcie macicy przez pochwę. W przeciągu kilku lat technika téj operacyi i leczenie następowe, dzięki pracom przeważnie niemieckich chirurgów i ginekologów, zostały doprowadzone do wysokiego stopnia, śmiertelność po téj operacyi zmniejszyła się bardzo znacznie i dziś wycięcie macicy przez pochwę zaliczyć można prawie do operacyj typowych. Mimo to operacyja ta należy jeszcze zawsze do rzadszych, w technice operacyjnéj zachodzić mogą jeszcze pewne odmiany, a nadewszystko ważna kwestyja co do częstości nawrotów raka po téj operacyi rozstrzygnięta być może jedynie na podstawie rozległéj kazuistyki; z tych więc powodów nie będzie może zbytecznym opis następujących dwóch przypadków.

1) M. B., lat 46 licząca praczka ze Lwowa, przybyła na lecznicę lwowską o poradę z powodu częstych krwotoków z pochwy, które wywołały w ciągu ostatnich tygodni znaczną niedokrewność i osłabienie. Z wywiadów dowiedzieć się można, że regularność zawsze była prawidłowa, chora odbyła dwa porody prawidłowe, ostatni przed 5 laty. Dotychczas czuła się zawsze zdrową, dopiero przed 8 miesiącami zauważyła obfitsze upławy, do których potém dołączyły się krwotoki, z początku tylko podczas regularności, następnie zaś nieregularnie i coraz częściéj występujące. Badanie wykazuje stan następujący: Osoba miernego wzrostu, stan odżywienia dość dobry, podściółka tłuszczowa obfita, skóra i błony śluzowe blade, płuca i serce zdrowe. Przy badaniu przez pochwę napotyka palec już w głębokości 5 cm. guz wypełniający prawie całą górną połowę pochwy. Guz ten twardy, o powierzchni rozpadłéj, łatwo krwawiący, zajmuje część pochwową macicy i daje się lubo z trudnością obejść palcem w około, tak iż można się przekonać, że sklepienia pochwy są zdrowe, *parametrium* lewe wydaje się cokolwiek naciekłe, lubo tego z powodu wielkości zwyrodniałéj części pochwowéj nie można na pewne rozstrzygnąć, trzon macicy duży, macica dosyć ruchoma.

W dniu 19 czerwca rb. przystąpiłem przy łaskawéj pomocy Drów Barącza, Jany, Sielskiego, Wehra i Ziembickiego do operacyi z zamiarem wyłuszczenia, jeżeli to tylko będzie możebném, całéj macicy. Już samo okrojenie błony śluzowéj na około części pochwowéj przedstawiało znaczne trudności z powodu wielkości guza w pochwie. Nie mniéj trudne było podwiązywanie prawego *parametrium,* gdyż tylko z wielkim mozołem można było wsunąć palec i potrzebne narzędzie między guz a ściany pochwy. Gdy wreszcie operacyja postąpiła o tyle, że zostało otwarte *cavum Douglasii* udało się ściągnąć macicę ku dołowi przynajmniéj o tyle, że część guza była na zewnątrz pochwy, poczém otwarłem otrzewnę na przedniéj ścianie macicy, podwiązałem resztę więzadła szerokiego prawego i część górną lewego. Ponieważ operacyja trwała już blisko dwie godziny, ponieważ podwiązanie reszty lewego *parametrium* w obec istniejących trudności musiałoby było zająć jeszcze dużo czasu a chora była już osłabiona, przeto założyłem pod przewodnictwem palca na pozostałe lewe *parametrium* mocne kleszcze Péana i kilkoma cięciami nożyczek uwolniłem macicę od reszty połączeń. Po rozszerzeniu pochwy hakami, wytarto ranę wacikami zmaczanemi w 1% rozczynie sublimatu i wypełniono ją paskami gazy jodoformowéj, uważając na to, aby i tkanki ujęte w kleszcze były dokładnie pokryte gazą. Chorą przeniesiono na łóżko i pod kolana podłożono grubą poduszkę.

O przebiegu pooperacyjnym nie wiele mam do powiedzenia, był on tak pomyślny, jak sobie tego tylko życzyć było można. Ciepłota nie doszła ani razu do 38°, tętno wahało między 84 a 96. Przez pierwsze dwa dni brzuch był cokolwiek wzdęty i wystąpiły kilkakrotne wymioty. Przypady te jednak ustąpiły po odejściu wiatrów przez wprowadzoną rurkę odbytnicową. W 36 godzin po operacyi odjąłem ostrożnie kleszcze, siódmego dnia wyjęto część gazy jodoformowéj, resztę zaś usunąłem dnia 10 po operacyi. Podwiązki odeszły w ciągu dni 14 a w 3 tygodnie po operacyi operowana zaczęła chodzić. Przy codziennem przestrzykiwaniu rozczynem kwasu salicylowego i zawiesiny jodoformu w glicerynie rana w pochwie goiła się tak szybko, że po 4 tygodniach pozostał tylko płytki lejek zajmujący szczyt pochwy z podstawą wielkości 4-centówki, a w 10 dni późniéj rana była zupełnie zabliźniona.

Główną trudność przy operacyi w tym przypadku stanowiła wielkość nowotworu (długość macicy wynosi po dwumiesięcznem leżeniu w spirytusie 11 cm. a obwód części pochwowéj 17 cm.). Można wprawdzie było myśleć o tém aby dla ułatwienia operacyi odciąć część pochwową i potém wywrócić i ściągnąć trzon macicy. Zaniechałem tego z 2ch względów, po pierwsze przekonałem się po otwarciu jamy Douglasa, że trzon macicy był tak duży, że wywrócenie go i ściągnięcie byłoby bardzo trudne a może całkiem niemożebne; od prób zaś w tym kierunku wstrzymał mię przypadek operowany przez prof. Mikulicza, w którym trzon macicy również nie dał się ściągnąć a przytém został tak pokaleczony haczykami, iż prof. Mikulicz wykonał natychmiast laparotomiję, do téj zaś operacyi nie byłem przygotowany. Z drugiéj zaś strony pozostawiona część pochwowa pozwalała przynajmniéj na mocne ściągnięcie ku dołowi, do czego najlepiéj posłużyła mi założona pętla odgniatacza drutowego, gdyż haki ostre przy mocném naciąganiu wyrywały się z dość kruchéj tkaniny.—Bardzo dobre usługi oddało mi założenie kleszczy na lewe *parametrium* i pozostawienie ich *à demeure* przez co skróciła się operacyja przynajmniéj o pół godziny, kleszcze nie sprawiały choréj prawie żadnych dolegliwości, a po wyjęciu ich w 36 godzin późniéj krwotoku już całkiem nie było, tak długo trwający ucisk kleszczami w połączeniu z uciskiem gazy jodoformowéj leżącéj w pochwie wystarcza więc do stałego zaczopowania tętnicy macicznéj.

---

2) Drugi przypadek tyczył się kobiety 46 letniéj, u któréj wywiady wykazują co następuje: Regularność wystąpiła w 17 roku życia, była zawsze prawidłowa, 3 porody zupeł-

nie prawidłowe. Przed 2 laty pojawiły się upławy, bóle w krzyżach i obfite krwotoki i z tego powodu poddała się przed $1^1/_2$ rokiem jakiejś operacyi prawdopodobnie wyłyżeczkowaniu. W kilka miesięcy potém dawne objawy wróciły, w ostatnich czasach krwotoki stały się obfitsze i chora coraz bardziéj podupadała na siłach. Przy badaniu jéj w dniu 10 lipca br., znalazłem stan odżywienia bardzo nędzny, budowa wątła, podściółki tłuszczowéj bardzo mało, skóra i błony śluzowe blade, płuca zdrowe, serce funkcyjonuje prawidłowo, w tętnicach obwodowych miażdżyca dość znacznego stopnia. Badanie przez pochwę wykazuje prawie zupełny brak części pochwowéj macicy a na jéj miejscu wrzód przechodzący na pochwę zwlaszcza na tylne sklepienie. Macica mała, ruchoma; gruczoły limfatyczne nigdzie niepowiększone.

Po zwykłych przygotowaniach, tj. po kąpielach, wystrzykiwaniu pochwy rozczynem sublimatu 1% i zakładaniu gazy jodoformowéj, przystąpiłem w dniu 15 lipca rb. do operacyi przy łaskawéj pomocy prof. Czyżewicza, Drów Błotnickiego, Jany i Sielskiego. Po wprowadzeniu wziernika do pochwy ujęto małemi kleszczami Museauxa tylną i przednią wargę macicy wraz z częścią zdrowéj błony śluzowéj pochwy, przez co uniknięto wyrywania się kleszczy z kruchéj tkanki nowotworowéj. Po okrojeniu błony śluzowéj na 1 cm. od granic nowotworu oddzieliłem palcami macicę od części otaczających, a po odsunięciu pęcherza ku przodowi otwarłem otrzewnę na przedniéj ścianie i przez ten otwór ściągnąłem mały trzon macicy bardzo łatwo ku dołowi. Przy podwiązywaniu jednak więzadeł szerokich natrafiono na niespodziane trudności, gdyż krucha tkanka rwała się przy rozdzielaniu jéj zupełnie tępemi kleszczami, a tętnica maciczna była bardzo mocno pokręcona i miażdżycowo zwyrodniała, tak iż musiano ją kilkakrotnie osobno podwięzywać, co się oczewiście nie obyło bez pewnéj utraty krwi i czasu. Przy przecinaniu ostatniego pasma z *parametrium* prawego trysnęła krew silnym strumieniem w skutek zesunięcia się lub przecięcia obwodowéj podwiązki. Gdy mimo silnego skręcenia macicy krwotok nie ustał, zatrzymano go tymczasowo przez ucisk gazą jodoformową, a ponieważ lewy jajnik i trąbka były już poprzednio podwiązane, przeto ująłem lewe *parametrium* silnie w kleszcze, poczém krwotok natychmiast ustał, jako dowód, że pochodził on jedynie z obwodowego końca prawéj tętnicy macicznéj. Przeciąwszy tkanki ujęte w kleszcze tuż koło macicy, dokończyłem operacyi, która trwała pięć kwadransy. Ranę całą wypełniono gazą jodoformową, którą obwinięto także i kleszcze leżące w pochwie, i chorą mało osłabioną przeniesiono na łóżko. Przebieg po operacyi był tak samo jak w poprzednim przypadku zupełnie pomyślny i bezgorączkowy. Chora nie wymiotowała ani razu a małe wzdęcie brzucha ustąpiło z końcem drugiego dnia po odejściu wiatrów przez wprowadzoną rurkę odbytnicową.

U choréj téj pozostawiłem kleszcze w pochwie znacznie dłużéj, wyjąłem je bowiem dopiero z końcem 3 dnia po operacyi, obawiałem się bowiem, aby ze zwyrodniałéj tętnicy nie nastąpił krwotok. W 8 dni po operacyi wyjęto część gazy, resztę usunięto we dwa dni późniéj. Podwiązki w liczbie 7 odeszły do dni 18, a z końcem trzeciego tygodnia po operacyi zaczęła chora chodzić. Stan jéj odżywienia poprawił się znacznie.

Zwracam uwagę na doskonałe usługi, jakie w obydwu przypadkach oddały mi kleszcze Péana. Zapewne lepiéj i pewniéj jest jeżeli oba *parametria* podwiąże się *lege artis*, w przypadkach jednak takich, jak oba opisane, w których chodzi o szybsze dokończenie operacyi można sobie oszczędzić zakładania pewnéj części podwiązek, pozostawiając kleszcze *à demeure*. Rozumie się samo przez się, że kleszcze te muszą być dosyć silne, pewne i zupełnie czyste, aby leżąc w ranie czas dłuższy nie spowodowały w niéj niebezpiecznego ropienia. W mych przypadkach kleszcze nie sprawiały chorym żadnych dolegliwości.

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

9. Gorzykwiat wiosenny *(Adonis vernalis)*. Lekarze dawniejsi używali tylko kłębu téj rośliny, podając go często obok ciemierzycy. Pierwszy Bubnow użył liści do doświadczeń fizyjologicznych i terapeutycznych. Carvello otrzymał w r. 1882 jako środek skuteczny gorzykwiatu glukosid w postaci masy bezpostaciowéj, bezwonnéj, bardzo gorzkiéj, mało rozpuszczalnéj w eterze i wodzie, łatwo zaś w wyskoku. Środka tego zawiera gorzykwiat bardzo mało, tak że średnio (według Mordagnea) z 5 kgr. rośliny otrzymuje się tylko jeden gram. Ztąd téż cena tego leku jest dość wysoką. Dr. Durand, który robił doświadczenia z tym lekiem stawia go na równi z naparstnicą. Kofein uważa on jako *nervicum* dla serca, działające bardzo szybko. Convallaria działa na serce wolniéj niż kofein, lecz działanie jéj trwa dłużéj. Kofein uważa on za wskazany w zastępstwie naparstnicy u ludzi nerwowych, łatwo pobudliwych; lanuszkę za wskazaną u osób z osłabioném trawieniem. Tylko gorzykwiat, zdaniem D., łączy obie zalety powyższych leków i jest najodpowiedniejszym do zastąpienia naparstnicy. D. poleca gorzykwiat w pigułkach zawierających po 2cgr. (*Thèse*, 1885).

10. Prof. Jaccoud, mówiąc w jednym ze swych wykładów klinicznych o chorobach serca, podał zapatrywania porównawcze co do użycia i działania naparstnicy, kofeinu i konwalii. Wykład ten powtórzyło pismo *Semaine médicale* (13 stycznia, 1886) i według niego podajemy niektóre wyjątki: *a*) *Digitalis*. Lek ten podaje Jaccoud najchętniéj w nalewce wodnéj. Każe on wyraźnie polecić użycie liści a nie proszku do nalewu, również ograniczyć czas trwania nalewu do 20 minut. Dodaje on także, że na recepcie nie zawadzi dodać *filtra*, bo zdarzało mu się już nieraz, że aptekarz wysyłał lek wraz z liśćmi. Najlepiéj jest nie przepisywać naraz więcéj niż 100grm. nalewki i dodać do niéj jakie 30grm. syrupu moczopędnego. Co do wielkości dawki to Jaccoud przestrzega przed postępowaniem bezwzględném. Jeżeli nie ma jeszcze zewnętrznych objawów niewydolności mięśnia sercowego, uważa on za zupełnie wystarczającą dawkę 0·20:100·0. Przeciwnie zaś, jeżeli widoczne są już objawy niedoskurczu dawka powyższa jest już niewystarczającą, męczy się nią bezpotrzebnie chorego i wkrótce go się tak przyzwyczai do tego leku że go trzeba porzucić. Najmniejszą dawką w takich razach jest 0·50:100·0, a jeżeli niewydolność wybitnie występuje podać należy 0·60, 0·80, a nawet 1·0 na 100·0. Dawki jednogramowéj Jaccoud nie radzi używać dłużéj nad jeden dzień. W ogóle Jaccoud potępia sposób podawania niektórych lekarzy, którzy w dniu pierwszym dają 40, w drugim 60, w trzecim 80 grm. Takie lekowanie łatwo może sprowadzić zatrucie. J. radzi owszem w pierwszym dniu podać stosownie do przypadku największą dawkę, a w dniu drugim już ją zmniejszyć, toż samo

w trzecim. Koniecznêm jest przy użyciu choćby dawki 0·50:100·0 przez dni parę staranne baczenie na stan chorego. *b) Kofein.* Jaccoud potwierdza w zupełności zdanie Beaumetza, Lépina i Richarda co do działania kofeinu. Lek ten zwalnia czynność serca, wzmaga siłę kurczenia się tego mięśnia, zwiększa wydzielanie moczu, nie sprowadza nudności ani mdłości, nie działa kumulatywnie, nie potrzebuje więc wielkiéj czujności ze strony lekarza, i może być użytym nawet w obec choroby nerkowéj. Co do postaci to Jaccoud przenosi nad inne użycie kofeinu w płynie, przepisując go według Beaumetza (p. wyżéj). Jeżeliby kto chciał użyć soli, to za najstosowniejsze uważa autor połączenie kofeinu z benzynianem lub salicylanem sodowym jako sól podwójną. I tutaj Jaccoud trzyma się co do wielkości dawki wskazań jak przy naparstnicy. W przypadkach lekkich radzi on użyć 20 do 40 centygramów w ciągu 24 godzin, w przypadkach zaś ciężkich, w których niewydolność serca wystąpiła, użyć 0·80, 1·0 do 1·50grm. na 24 godzin. Lépine poleca dojść aż do 2·0grm., Jaccoud jednak uważa, że jeżeli 1·50 nie wystarcza to i 2·0grm. nie pomoże. Jako ujemną stronę kofeinu przytacza autor, że u niektórych chorych już po krótkim czasie występują dość gwałtowne kurcze żołądka, jednak bez nudności. Jeżeli mimo to daléj podaje się kofein, to występuje silna gastralgija z wymiotami, przyczém tętno znów staje się częstém, ilość moczu zmniejsza się, występuje uparta bezsenność, rozdrażnienie i inne tym podobne objawy nerwowe. Niekiedy chorzy czują nieprzezwyciężony wstręt do tego leku. *c) Convallaria majalis.* Lekowi temu Jaccoud nie może przyznać zalet wypowiedzianych przez prof. Sée. Uważa on go za bardzo w działaniu niepewny, i przestrzega, aby w przypadkach wymagających natychmiastowego pośrednictwa lekarza nie użyć go miasto naparstnicy. Również w przerwach w leczeniu naparstnicą, radzi Jaccoud użyć kofeinu, nie zaś konwalii. Chyba jeżeli wyboru z jakichkolwiek przyczyn nie ma, to można użyć konwalii, jużto w postaci wyciągu z liści i kwiatów po 1·50 do 2·0grm. na dzień dodając jakiego syropu; jużtéż w postaci polecanéj przez Dra Sée. *Rp. Convallamarinae 0·20, Spirit. vin. dilut. 100·0 S.* Dwie łyżeczki dziennie tj. 2 centygramy. Beaumetz poleca dla tego leku następującą postać: *Rp. Extracti foliorum florumque convallariae 7·0, Syrupi cortic. aurant., Syrupi radicis convallariae āā 120·0. S.* 3 do 4 łyżek dziennie. (C. d. n.)

Dr. Cahn i Dr. Hepp: **Antifebrin, nowy środek przeciwgorączkowy.**

Dawno już znany przetwór chemiczny *Phenylacetamid* $C_6H_5NHC_2H_3O$ wypróbowali autorowie powyżsi jako lek przeciwgorączkowy i nazwali go dla krótkości antifebrin. Jestto ciało białe, krystaliczne, bez woni, smaku lekko piekącego, w wodzie zimnéj trudno się rozpuszcza, łatwo w wodzie gorącéj, wyskoku jakotéż w płynach wyskokowych. Nie posiada ani własności kwaśnych ani zasadowych. Doświadczenia z tym lekiem dokonywali autorowie najpierw na zwierzętach potém na ludziach, a mianowicie na 24 chorych gorączkujących z różnych przyczyn. Środek ten podawano w opłatku, winie lub zarobiony wodą po 0·25—1gr. *pro dosi.* Ciepłota poczynała się obniżać już w godzinę po podaniu tego środka i dochodziła do stanu prawidłowego utrzymując się na tym stopniu 6—8 godzin, równocześnie i tętno stawało się wolniejszém i silniejszém. Po upływie mniéj więcéj tego czasu ciepłota znowu się podnosiła lecz bez dreszczów. Obniżeniu się ciepłoty towarzyszyły nieznaczne poty z zaczerwienieniem się skóry; nie spostrzeżono jednakże żadnych przypadów ze strony narządu pokarmowego. Jedynym niemiłym objawem było to, że w czasie apyrexyi występowała sinica twarzy i odnóg. Lek ten zaleca się szczególnie swoją taniością, bo 1 kilogram kosztuje 30 marek. Autorowie polecają fabrykę Kalle et Comp. (czy w Strassburgu?) ręcząc za czystość preparatu. *(Centralblatt f. klin. Medicin*, 1886, Nr. 33). *Dr. Wiczkowski.*

Dr. Wilhelmy: **Wino kondurangowe w chorobach żołądkowych.**

W. używał od dawnego czasu wina kondurangowego zachęcony doświadczeniami prof. Friedreicha, który w bardzo wielu przypadkach chorób żołądkowych otrzymywał znaczne polepszenie, tak że nawet przypuszczał możliwość wyleczenia raka żołądkowego. W. polecał przyrządzanie leku tego z madery i prawdziwéj kory kondurangowéj z Ecuador, a dla poprawy smaku dodawanie jakiegoś środka gorzkiego. Przepis prof. Immermana jest również dobry, ale lek ten wypada drogo, bo 16—20 marek za litr, co czyni użycie go niepodobném dla uboższych chorych. W. stosował wino kondurangowe u 6 chorych z rakiem żołądka i u wszystkich tych chorych podmiotowe dolegliwości znacznie się zmniejszyły, bóle zwykle po dwutygodniowém użyciu 4 razy dziennie po 2 łyżki ustępowały, apetyt się wzmagał, a wymioty nie bywały tak częste i tak męczące. Wprawdzie ani jeden z tych chorych nie wyzdrowiał, ale w ostatnich miesiącach przed śmiercią doznawali przynajmniéj pewnéj ulgi w cierpieniach. Takie same wyniki otrzymał i Hoffmann w Bazylei. O wiele lepsze wyniki były w przypadkach wrzodów w żołądku, szczególnie w tych, w których wrzód był na tle błednicy. Wówczas wino kondurangowe z domieszką 2% cytrynianu żelaza, sprowadzało bardzo prędkie polepszenie. W. obserwował 27 przypadków wrzodu żołądka, w których rozpoznanie było zupełnie stanowczém i w tych przypadkach dawał 6 razy dziennie po łyżce, a po kilku dniach bóle i krwotok ustawały. W rzadkich tylko przypadkach W. był zmuszonym użyć morfinu i okładów lodowych na okolicę żołądkową. Po 8—10 dniach chorzy czuli się zwykle tak dobrze, że mogli wrócić do swoich zajęć, wino jednak pili jeszcze przez 1—2 miesięcy. Zdarzyły się i powroty choroby pomimo używania tego wina, lecz te były lekkie i krótkotrwałe. Oprócz tego W. stosował wino to w zwykłéj błednicy. W przewlekłych nieżytach żołądkowych i u suchotników, przy braku apetytu a zawsze z dobrym skutkiem, dla tego więc poleca go jako *stomachicum. (Berl. klin. Wochenschrift*, 1886, Nr. 29). *Dr. J. Surzycki.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie V z dnia 10 lipca 1886 r.

Przewodniczący kol. Korczyński. Obecni Członkowie koll.: Cybulski, Obaliński, Gluziński, oraz Buszek, Kramarzyński, Murdzieński i Wilkosz.

Przedmiotem obrad była sprawa krowianki krajowéj. Dr. Murdzieński lekarz szpitala św. Ludwika uproszony przez Komisyję w myśl uchwały powziętéj na 1ém posiedzeniu w dniu 18 maja b. r. do rozpatrzenia się w téj sprawie przedstawił następujący referat o krowiance krajowéj.

Otrzymawszy wezwanie szan. Komisyi do zdania sprawy, jak się rzecz ma z produkcyją krowianki krajowéj, usiłowałem najsumienniéj zebrać materyjały jużto przez korespondencyję z właścicielami zakładów krowiankowych krajowych, jużtéż za-

sięgałem opinii lekarzy powiatowych i miejskich, wreszcie porozumiewałem się z kolegami miejscowymi i z prowincyi. Nagłość sprawy nie dozwoliła mi zebrać obfitszego materyjału, lecz sądzę, że na razie będzie można mieć wyobrażenie, czém się w téj sprawie kierować należy. Od wielu lat używają w Krakowie, we Lwowie, jakotéż na prowincyi krowianki t. z. styryjskiéj, w ostatnich latach weszła w handel krowianka p. Haya z Wiednia. Lekarze powiatowi szczepią krowianką p. Kubickiego, dostarczaną im przez Wydział krajowy; czynią to również lekarze miejscy we Lwowie, lecz koledzy ci sprowadzają téż krowiankę z Wiednia. Przeważnie więc otrzymujemy krowiankę pochodzącą z Wiednia lub Styryi.

O ile mogłem zebrać dat dotyczących produkcyi krowianki w Galicyi, sprawa przedstawia się jak następuje: Od roku 1873 do 1877 produkował krowiankę p. Maurycy Hay w Jarosławiu. W r. 1877 przeniósł się do Wiednia, gdzie założywszy wielki zakład, zasila obecnie krowianką Galicyję i wszystkie prowincyje państwa austryjackiego. Przez kilka lat trudnił się produkcyją krowianki Dr. Lech we Lwowie, lecz już przed paru laty skutkiem nieporozumień z Wydziałem krajowym zamknął swój zakład. W roku 1883 otwarł zakład krowiankowy p. Kubicki docent weterynaryi we Lwowie z polecenia Wydziału krajowego otrzymawszy koncesyję c. k. Namiestnictwa. P. Kubicki dostarcza tedy krowianki głównie Wydziałowi krajowemu i z tego źródła otrzymują materyjał do szczepienia lekarze powiatowi i ich zastępcy. Przed kilku laty zajął się produkcyją krowianki p. Józef Freysinger, chirurg i lekarz miejski w Lisku, a otrzymawszy koncesyję c. k. Namiestnictwa zdołał sobie już w roku bieżącym zdobyć znaczniejszy zbyt. Prócz tych krajowych zakładów istnieje jeszcze jeden polski zakład krowiankowy przez Dra Mączewskiego przed paru laty w Warszawie założony.

Mając w kraju dwa zakłady krowiankowe mimo woli nasuwa się pytanie, czemu sprowadzamy zkądinąd krowiankę? Najprawdopodobniéj pochodzi to ztąd, iż właściciele tych zakładów od paru lat istniejących nie mieli jeszcze czasu do zdobycia sobie ogólnego zaufania, podczas gdy stare firmy, odznaczające się dobrocią materyjału korzystają dotąd ze zdobytego stanowiska. Dowiadując się o wyniki szczepienia krowianką lwowską, słyszałem, iż procent przyjmowania się ospy nie był zbyt świetny, tak iż lekarze powiatowi, którym z powodu kosztów podróży, najwięcéj na pewności materyjału zależy, zaopatrywali się krowianką z Wiednia. Sam p. Kubicki przyznaje, że procent nieprzyjęcia dochodził w pierwszym roku do 45%, w drugim do 22·5%, a w trzecim zmniejszył się do 15%. W tym roku jednak wyniki miały być już znacznie lepsze i spodziewać się należy, że jeszcze daléj polepszać się będą. Według podania p. Kubickiego procent nieprzyjęcia zmalał w tym roku do 7·8%. Produkcyja krowianki p. Kubickiego we Lwowie wynosić ma rocznie do 5 tysięcy rurek (fiolek). Zakład p. Freysingera w Lisku, o którego krowiance niektórzy koledzy wyrażają się z wielkiemi pochwałami, jest niedawno koncesyjonowany, tak, że większość lekarzy o tym zakładzie nie wie i dotąd z niego nie korzystała.

Pp. Kubicki, Freysinger i Dr. Mączewski z Warszawy nadesłali mi na próbę swoje krowianki, jużto jako limfę czystą w włosowatych rurkach, jużtéż jako masę w maleńkich flakonach. Krowianką nadesłaną szczepiłem dzieci, oraz rewakcynowałem osoby starsze: Krowianką p. Kubickiego szczepiłem 6 osób, przyjęła się w 4 przypadkach, przyczyną nieprzyjęcia mógł być czas (późniejszy), gdyż drugie 3 osoby szczepiłem w 14 dni po nadesłaniu krowianki. Krowianka p. Freysingera przyjęła się we wszystkich przypadkach. Krówiance p. Freysingera mam tylko do zarzucenia, iż jest nadto krwawa, co się da zresztą usunąć, a dla publiczności szczepionéj przestanie być powodem obaw. Krowianka Dra Mączewskiego z Warszawy przyjęła się również we wszystkich szczepieniach i odznacza się czystością limfy oraz piękną formą fiolek i flakoników, co u publiczności zwracającéj uwagę i na postać używanych materyjałów ma często znaczenie.

Oświadczyć w końcu muszę, iż już przed paru laty prof. Dr. Jakubowski powziął myśl, aby przy szpitalu św. Ludwika w Krakowie założyć zakład krowiankowy. Projekt ten z powodu różnych okoliczności nie mógł być dotąd wykonanym, może się jednak urzeczywistnić.

Z zebranych wiadomości nasuwają mi się tedy następujące wnioski: W celu wyrugowania niekrajowéj krowianki należy: *a)* zwrócić uwagę pp. lekarzy na krowiankę p. Freysingera odznaczającą się tak dobrocią jakotéż znacznie niższą ceną od sprowadzanych z Wiednia; *b)* oświadczyć, iż krowianka p. Kubickiego dała w roku bieżącym znacznie lepsze od lat poprzednich wyniki; *c)* w celu wyrugowania krowianki styryjskiéj znacznie od innych droższéj, polecić, z formy zewnętrznéj podobną a znakomitéj dobroci krowiankę Dra Mączewskiego z Warszawy. Jeżeliby jednak wspomniane zakłady nie wystarczyły na potrzeby krajowe lub wzbudzone zaufanie zawiodły, przystąpić do założenia zakładu krowiankowego w Krakowie.

Panowie właściciele zakładów krowiankowych opisali mi po części swoje zakłady i istniejącą kontrolę. Krótkość czasu nie pozwala mi zająć się oceną tychże, zwłaszcza że i cel niniejszego sprawozdania tego nie wymaga. Nadmienić jednak muszę, że co do zabezpieczenia się od możebnych szkodliwości zakład Dra Mączewskiego daje najlepsze rękojmie. Na dowód wspomnę tylko, iż bydlęta szczepione w tym zakładzie bywają po zebraniu limfy zabijane i dopiero po zbadaniu stanu organizmu zostaje limfa zebrana rozesłaną. Tego postępowania u nas nie zaprowadzono.

Średnie ceny krowianki w aptekach krakowskich wynoszą za 1 fiolkę: krowianka styryjska 1 złr. 50 ct., krowianka Haya 1 złr., krowianka Kubickiego 1 złr., Freysingera fiolka wystarczająca do zaszczepienia 2ga dzieci 60 ct., a fiolka wystarczająca dla 5 dzieci 1 złr. Dr. Mączewski sprzedaje rurkę krowianki po 1rs. skłonny jest jednak do zniżki, gdyby miał zbyt w Galicyi.

Następnie odczytano opiniję lekarza powiatowego docenta Dra Ponikły (który zmuszony wyjechać na posiedzenie przybyć nie mógł) co do tegorocznéj krowianki p. Kubickiego. Z opinii téj najważniejszym jest ustęp następujący: „krowianka p. Kubickiego w trzech poprzednich latach często zawodziła. Krowianka atoli p. Kubickiego w r. b. nadesłana, w porównaniu z krowianką p. Haya więcéj płynna, w cienkich fiolkach przechowana wydała nadspodziewanie świetne wyniki. I tak w gminie Łęg (powiat krakowski) 40 dzieciom zaszczepiona wydała bardzo korzystny rezultat, przyjmując się prawie we wszystkich przypadkach i wywołując reakcyję mierną, tudzież wydając limfę skuteczną przy przeszczepianiu i reakcyję umiarkowaną wywołującą. Widocznem jest, że p. Kubicki wykształcił się w szczegółach uzyskania i przechowania krowianki i że obecnie jest w możności dostarczania krowianki przewyższającéj krowiankę p. Haya pod każdym względem".

Po wyczerpującéj dyskusyi Komisyja uchwaliła:

1. Jak na teraz nie ma potrzeby zakładania nowego zakładu krowiankowego, lecz popierać należy obecnie istniejące zakłady krajowe.

2. Jak to wynika z prób przedsiębranych przez Dra Murdzieńskiego i z relacyj Drów Dębowskiego i Najedly co do krowianki p. Freysingera w Lisku, a co do tegorocznéj krowianki p. Kubickiego we Lwowie z prób przedsiębranych przez Dra Murdzieńskiego i z relacyj doc. Dra Ponikły i Dra Surzyckiego obiedwie krowianki zasługują na polecenie.

3. Już teraz należy zawiadomić o tém Towarzystwo lekarskie krakowskie na najbliższém posiedzeniu i zachęcić do używania krowianki z obydwu zakładów krajowych nadmieniając, że jeżeli publiczność życzyłaby sobie koniecznie użycia krowianki, która zewnętrzną postacią odpowiada krowiance styryjskiéj, to do tego nadaje się w zupełności krowianka Dra Mączewskiego w Warszawie.

4. Ażeby mieć miarę, jaka ilość krowianki z zakładów krajowych spotrzebowaną bywa do szczepień publicznych, odnieść się do Wydziału krajowego z prośbą o dostarczenie dat.

5. Ażeby wnioski o przydatności krowianki z zakładów krajowych można oprzeć na wielkiéj liczbie spostrzeżeń, uchwalono upraszać protomedyka WP. Dra Biesiadeckiego, ażeby raczył zażądać od lekarzy powiatowych szczegółowych relacyj, jak tego roku przyjmowała się krowianka z zakładów krajowych i cyfry statystyczne tą drogą osiągnięte raczył nadesłać Komisyi.

Doc. Dr. Gluziński, sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* Dr. Boiller w Paryżu proponuje Pasteurowi, aby się dał ugryźć psu wściekłemu, a potém aby kazał się szczepić swą metodą, oświadczając, że sam da się ugryźć temu samemu psu i wyleczy się wypalaniem, gdy ma to przekonanie, że Pasteur ulegnie wściekliźnie. (*Lancet*).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30·3. Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 2 (0 z. t.), z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 15—21 sierpnia umarło z ospy: w Warszawie 2, w Budapeszcie 14, w Wiedniu 2, w Pradze 3, w Rzymie 5; w Wenecyi, Paryżu, Brukseli i Petersburgu po 2. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Tryjeście 60. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 7, w Paryżu 23, w Londynie 11, w Petersburgu 6. Z odry umarło: w Pradze 8, w Paryżu 17, w Londynie 26, w Petersburgu 16. Z płonicy umarło: w Warszawie 7, w Budapeszcie 10, w Paryżu i Londynie po 9, w Petersburgu 15. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 8, w Berlinie 28, w Dreźnie 6, w Hamburgu 9, w Budapeszcie 13, w Paryżu 10, w Londynie 23. Z krztuśca umarło: w Paryżu 12, w Londynie 20.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,0; we Lwowie 27,8; w Brodach 28,0; w Drohobyczu 49,5; w Kołomyi 26,5; w Przemyślu 60,9; w Stanisławowie 45,9; w Tarnopolu 23,9; w Tarnowie 8,2; w Czerniowcach 28,6; w Warszawie 28,1; w Poznaniu 22,1; w Wiedniu 23,7; w Salcburgu 19,6; w Gracu 20,6; w Tryjeście 71,4; w Insbruku 23,7; w Pradze 31,8; w Bernie 32,3; w Ołomuńcu 30,7; w Opawie 40,4; w Berlinie 26,2; we Wrocławiu 32,1; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 27,3; w Hamburgu 26,1; w Kolonii 25,8; w Lipsku 25,4; w Mnichowie 30,4; w Amsterdamie 20,1; w Bazylei 15,5; w Brukseli 27,7; w Chrystyjanii 25,8; w Genewie 18,7; w Kopenhadze 24,3; w Londynie 17,9; w Odesie 45,5; w Paryżu 21,2, w Petersburgu 27,5; w Rzymie 23,0; w Stokholmie 22,5; w Wenecyi 31,5; w Zurychu 11,9. *J. B.*

* Według ostatnich wiadomości cholera zaczyna znów szerzyć się w okolicach Neapolu a nawet w samém mieście zdarzyły się przypadki.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 września. Sezon zdrojowy w naszych zdrojowiskach ma się ku końcowi. We wszystkich prawie naszych zdrojowiskach liczba gości w roku bieżącym przewyższała dotychczasowe z powodu prawie zupełnego omijania zdrojowisk niemieckich przez Polaków. Przyczynili się do tego wiele lekarze kierując chorych do zdrojowisk krajowych, mamy nadzieję, że i w przyszłości nie ustanie prąd ten do zdrojowisk naszych choćby się nawet okoliczności w Niemczech zmieniły.

* Prof. Pareński wyjechał na 3 tygodnie.

W Cieplicach czeskich bawiło do d. 4 września, 6.734 osób. W Szczawnicy bawiło do końca sierpnia 3063 osób.

* **Berlin**. Dyrektor policyi wydał postanowienie, mocą którego lekarze obowiązani są donosić na piśmie Komisyi lekarskiéj co najwyżéj w 24 godzin po rozpoznaniu choroby o każdym przypadku gorączki połogowéj bez względu czy zakończył się śmiercią lub nie, wskazując zarazem położną, która była czynną przy porodzie.

* **Paryż**. Składki na zakład Pasteura dochodzą do 1,130.000 fr. Rada miasta Paryża, która pierwotnie dała grunt pod Zakład Pasteura na lat 30 rozciągnęła obecnie trwanie koncesyi bezpłatnego używania do lat 90.

Dotychczas szczepiono w Zakładzie Pasteura 1656 osób a mianowicie z Anglii 59, Austryi 17, Algieru 74, Ameryki 18, Brazylii 2, Belgii 42, Hiszpanii 58, Grecyi 7, Holandyi 8, Węgier 25, Włoch 105, Portugalii 20, Rosyi 182 (z tych zmarło 11; 8 osób z pośród 50 pokąsanych przez wilka a 3 z pośród 132 pokąsanych przez psy). Rumunii 20 (zmarł 1), Turcyi 2, Szwajcaryi 2, Francyi 1009 (zmarło 3). Ogółem zatém z Francyi zmarły 3 osoby (pomimo leczenia) na 1009 a z Rosyi 11 osób na 182 leczonych, z Rumunii 1 zmarł na 20 leczonych a zresztą na 445 leczonych nie było przypadku śmierci.

* **Madryt**. W ciągu epidemii cholery w r. 1885 było w Hiszpanii 338,685 przypadków téj choroby czyli uległo jéj 1·82% całéj ludności a z pośród téj liczby 119.620 przypadków zakończyło się śmiercią czyli 35·32%. Cyfry te aczkolwiek znaczne są niezawodnie o $^1/_3$ niższe niż rzeczywiste z powodu trudności prowadzenia statystyki.

* **Meran**. W dniach 9 i 10 października ma tu być obchodzoną 50 rocznica założenia zdrojowiska.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Strasburg**.. Docenci prywatni Wolff i Ewald zostali mianowani nadzwyczajnymi profesorami. — **Charków**. Nadzwyczajny prof. farmakologii Dr. Salesski został mianowany zwyczajnym profesorem.

* **Nekrologija**. W Pradze umarł Dr. Ludwik Tedesco, c. k. Radca zdrowia, były poseł na sejm i Członek Wydziału krajowego, licząc lat 71. — W Londynie Dr. Wakley wydawca jednego z najwięcéj rozpowszechnionych dzienników lekrarskich *The Lancet* założonego przez jego ojca. — W Petersburgu Dr. Filip Karell, lekarz Cara, członek Rady lekarskiéj i wielu towarzystw lekarskich. — W Tonkinie Dr. Zuber, prof. epidemijologii w wojskowo-lekarskiéj szkole w Val-de Grâce, jeden z najzdolniejszych higijenistów francuskich; w czasie epidemii w Wetljance był on ze strony Francyi członkiem Komisyi międzynarodowéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj*, Nr. 36: Panormowa: Badania patologiczno-chemiczne narządów w moczówce cukrowéj; Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze; Jerzykowskiego Przyczynek do leczenia bolesnéj miesiączki. — W *Medycynie* Nr. 35: Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. Halskiego: *III*. Kilka uwag o chorobach wątroby i przewodów żółciowych; Neugebauera (syna): Kilka słów o położnictwie japońskiém (c. d.); Nr. 36: Dobieszewskiego: Spostrzeżenia kliniczne z zakładu zdrojowego w Maryjenbadzie (c. d.); Neugebauera (syna): Kilka słów o położnictwie japońskiém (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 8: Kijewskiego: Promienica. (*Actinomycosis*) (dok.). — W *Zdrowiu* Nr. 12: Grabowskiego: Choroby szkolne; Polaka: Praktyka szczepienia ospy ochronnéj (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. BOGDANIKA: Trwanie życia w Białej w l. 1875—1884 obliczone co do ludności chrześcijańskiéj. (Osobne odbicie z T. X. Zbioru wiadom. Komisyi antropol. Akad. Umiejętn.)

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

L. 264.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego z roczną płacą 420 złr. i systemizowanym poborem deputatu soli — względnie posada lekarza salinarnego Dra wszech nauk lekarskich z roczną płacą:

ze strony c. k. skarbu salinarnego	520	złr.
ze strony bractwa górniczego	100	„
ze strony gminy miasteczka Kaczyki	100	„
razem	720	złr.

i systemizowanym poborem deputatu soli.

Lekarz salinarny ma prawo względnie obowiązek utrzymywania domowéj apteki z upoważnieniem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny za złożeniem odnośnych rachunków aptecznych, które rocznie do 100 złr. wynoszą; — również może wykonywać praktykę prywatną bez naruszenia swych obowiązków.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne.

Nadmienia się, że lekarz salinarny Dr. wszech nauk lekarskich ma widoki pełnienia agend sanitarnych przy kolei lokalnéj Hatna-Kimpolung obecnie się budującéj, jako też być czynnym jako lekarz ordynujący w czasie letniego sezonu w poblizkiéj leczniczéj miejscowości Solka.

Odnośne podania wraz z dotyczącemi załącznikami co do nauki i praktyki lekarskiéj należy wnieść do podpisanego zarządu salinarnego najdaléj do 25 Września 1886 r.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 15 Sierpnia 1886.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 września 1886. № 38. Rok XXV.

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego.

Podał
Dr. Jan Prus,
asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

D o ś w i a d c z e n i e IX. Pies średniéj wielkości, zatruty kurarą, tracheotomia, sztuczne oddychanie.

1) Bez drażnienia nerwów . . . . . 25 kropli w minucie
2) „ „ „ . . . . . 26 „ „
3) N. współczulny draż. . . . . . 10 „ „
4) Bezpośrednio w następnéj minucie bez drażnienia . . . . 14 „ „
5) Bezpośrednio w następnéj minucie bez drażnienia . . . . 18 „ „
6) Bezpośrednio w następnéj minucie bez drażnienia . . . . 25 „ „
7) Bezpośrednio po przecięciu nerwu krtaniowego górnego . . . . . . 42 „ „
8) N. krtaniowy g. draż. . . . . 48 „ „
9) Bezpośrednio w następnéj minucie bez drażnienia . . . . 39 „ „
10) Bezpośrednio w następnéj minucie bez drażnienia . . . . 26 „ „
11) N. krtaniowy górny draż. . . . . 45 „ „

Odpreparowano kilka gałązek nerwu sympatycznego, które nazwijmy dla krótkości gałązką I, II i III.

12) Drażnienie gałązki I. n. współcz. 3 „ „
13) Bez drażnienia . . . . 24 „ „
14) Draż. gałązki I n. współcz. . . . 8 „ „
15) „ „ „ „ . . . . . 12 „ „
16) Bez drażnienia . . . . 26 „ „
17) Draż. gałązki II. n. współcz. . . . 24 „ „
18) Draż. gałązki III. n. współcz. . . . 26 kropli w minucie
19) N. krtaniowy górny draż. . . . . 46 „ „
20) Draż. gałązki I n. współcz. . . . 2 „ „
21) N. krtan. górny draż. . . . . . . 36 „ „
22) Draż. gałązki I. n. współcz. . . . 4 „ „
23) Bez draż. w pierwszéj minucie . . 16 „ „
24) „ „ „ drugiéj „ . . . 25 „ „
25) N. krtan. g. draż. . . . . 38 „ „
26) Bez drażnienia . . . . 29 „ „
27) N. krtan. g. draż. . . . . 38 „ „
28) Bez drażnienia . . . . 20 „ „
29) Draż. gałązki I. n. współczulnego . 8 „ „
30) „ „ II. „ . . . . 22 „ „
31) „ „ III. „ . . . . 23 „ „
32) „ „ I. „ . . . . 5 „ „
33) Bez drażnienia . . . . 18 „ „
34) „ „ . . . . 25 „ „

W doświadczeniu tém udało się wyszukać niewątpliwie pewną gałązkę nerwu współczulnego (określoną nazwą gałązki I), która miała wybitny tamujący wpływ na krążenie krwi w gruczole tarczykowym.

Zarazem nadmienić musimy, że w tém doświadczeniu jak niemniéj i w innych doświadczeniach okazało się niewątpliwie, że po przecięciu owéj Iszéj gałązki nerwu współczulnego drażnienie dolnéj części szyjnéj nerwu współczulnego nie miało już żadnego wpływu na krążenie krwi w gruczole i że wówczas zwolnienie krążenia wywołać można było tylko przez drażnienie obwodowéj części przeciętéj gałązki Iszéj. Z tego wynika, że w ł ó k n a z w a l n i a j ą c e k r ą ż e n i e k r w i w g r u c z o l e b i e g n ą w d o l n é j c z ę ś c i s z y j n é j n e r w u w s p ó ł c z u l n e g o w k i e r u n k u o d d o ł u k u g ó r z e, d o c h o d z ą d o g ó r n e g o s p l o t u n e r w u s y m p a t y c z n e g o, a z t ą d i d ą p r z e z w s p o m n i a n ą g a ł ą z k ę d o g r u c z o ł u t a r c z y k o w e g o.—Uwydatnić tu wreszcie muszę, że samo przecięcie nerwu krtaniowego górnego sprowadziło przyspieszenie krążenia (obacz pozycyję 7);

akt przecięcia działał tu więc widocznie jako bodziec mechaniczny na nerw krtaniowy.

Doświadczenie XI. Pies średniéj wielkości bez narkozy. Czas trwania doświadczenia 6 godzin.

1) Bez drażnienia nerwów . . . . . 14 kropli w minucie
2) N. krtaniowy g. draż. . . . . . . 29 „ „
3) Bez drażnienia w pierwszéj minucie 23 „ „
4) „ „ w drugiéj „ 15 „ „
5) N. współcz. w pierwszéj minucie . 8 „ „
6) „ „ w drugiéj „ . . . 10 „ „
7) N. krtan. górny draż. (prąd słaby) 31 „ „
8) „ „ „ „ (prąd silniejszy) 39 „ „
9) Bez drażnienia . . . . 28 „ „
10) „ „ . . . . 18 „ „
11) N. krtan. gor. draż. . . . . 37 „ „
12) Bez drażnienia . . . . 27 „ „
13) „ „ . . . . 16 „ „
14) „ „ . . . . 12 „ „
15) N. krtaniowy górny draż. . . . . . 32 „ „
16) N. współczulny draż. . . . . 9 „ „
17) Bez drażnienia . . . . 17 „ „
18) N. krtaniowy górny draż. . . . . 31 „ „
19) Bez drażnienia . . . . 23 „ „
20) N. krtaniowy górny draż. . . . . 33 „ „
21) Bez drażnienia . . . . 21 „ „
22) „ „ . . . . 15 „ „
23) N. współczulny draż. . . . . 9 „ „
24) N. krtaniowy górny draż. . . . . 34 „ „
25) Bez drażnienia . . . . 19 „ „
26) „ „ . . . . 11 „ „

Przecięto nerw współczulny.

27) Bezpośrednio po przecięciu n. współcz. bez drażnienia . . . . 8 „ „
28) Po 2 minutach bez drażnienia . . . 21 „ „
29) N. współczulny draż. . . . . 6 „ „
30) Bez drażnienia w pierwszéj minucie 10 „ „
31) Bez drażnienia w drugiéj minucie . 20 „ „
32) N. współczulny draż. . . . . . . 5 „ „
33) Bez drażnienia w pierwszéj minucie 9 „ „
34) „ w drugiéj minucie . 14 „ „
35) „ w trzeciéj minucie . 20 „ „
36) N. współczulny draż. . . . . . . 3 „ „
37) Bez drażnienia w pierwszéj minucie 8 „ „
38) „ „ „ drugiéj „ 13 „ „
39) „ „ „ trzeciéj „ 19 „ „
40) „ „ „ czwartéj „ 21 „ „
41) N. krtan. g. draż. . . . . 46 „ „
42) Bez drażnienia w pierwszéj minucie 37 „ „
43) „ „ „ drugiéj „ 21 „ „
44) N. krtan. gór. draż. . . . . 45 „ „

(Krew wypływająca z żyły jest jasno-czerwona).

45) Bez drażnienia . . . . 26 „ „
46) N. współczulny draż. . . . . . . 9 „ „
47) Bez drażnienia w 3 minuty . . . . 25 „ „
48) N. współczulny draż. . . . . . . 10 „ „
49) Bez drażnienia w pierwszéj minucie 13 „ „
50) „ „ „ trzeciéj . . . . 24 „ „
51) N. krtan. g. draż. . . . . 43 „ „
52) Bez drażnienia w pierwszéj minucie 31 „ „
53) „ „ „ drugiéj „ 26 „ „
54) „ „ „ trzeciéj „ 25 „ „
55) N. współcz. draż. . . . . 10 „ „
56) Bez drażnienia po 3 minutach . . 24 kropli w minucie
57) N. krtan. g. draż. . . . . 38 „ „
58) Bez drażnienia po 2 min. . . . . 25 „ „
59) N. współcz. draż. w pierwszéj połowie minuty . . . . 6 „ „
60) N. współcz. draż. w drugiéj połowie minuty . . . . 8 „ „
61) Bez drażnienia po 5 min. . . . . 24 „ „
62) N. krtan. gór. draż. w pierwszéj połowie minuty . . . . 18 „ „
63) N. krtan. gór. draż. w drugiéj połowie minuty . . . . 26 „ „
64) Bez draż. po 3 min. . . . . 25 „ „
65) N. krtan. górny draż. w pierwszéj połowie minuty . . . . 15 „ „
66) N. krtan. górny draż. w drugiéj połowie minuty . . . . 28 „ „
67) Bez drażnienia po 2 min. . . . . 26 „ „
68) N. współcz. draż. w pierwszéj połowie minuty . . . . 5 „ „
69) N. współcz. draż. w drugiéj połowie minuty . . . . 8 „ „
70) Bez drażnienia po 5 min. . . . . 24 „ „

Doświadczenie to wskazuje, że okres działania tamującego, jak nie mniéj okres działania przyśpieszającego krążenie trwa nieco dłużéj niż drażnienie odpowiednich nerwów, a mianowicie wpływ podrażnienia nerwu współczulnego mija dopiero po 2 lub 3 minutach, podczas gdy działanie nerwu krtaniowego górnego mija wcześniéj, bo już po jednéj minucie. Działanie nerwu współczulnego uwidocznia się wśród drażnienia najwybitniéj w pierwszéj połowie minuty, przyśpieszający zaś wpływ nerwu krtaniowego górnego ma w drugiej połowie minuty swe największe natężenie.

Wyniki otrzymane z powyższych doświadczeń są więc w krótkości następujące: 1) drażnienie dolnéj części szyjnéj nerwu współczulnego lub też gałązek współczulnych dochodzących wprost do gruczołu zwalnia krążenie krwi w gruczole tarczykowym; 2) drażnienie nerwu krtaniowego górnego przyśpiesza krążenie krwi w tymże gruczole; 3) działanie nerwu współczulnego uwidocznia się najwybitniéj w pierwszym okresie drażnienia, działanie zaś nerwu krtaniowego górnego w drugim okresie; 4) wpływ podrażnienia nerwu współczulnego trwa dłużéj niż wpływ podrażnienia nerwu krtaniowego górnego.

Zważywszy, że zwolnienie krążenia wskazuje na zwężenie się naczyń i powiększenie się tym sposobem oporów w krążeniu, a odwrotnie, że przyśpieszenie krążenia łączy się z rozszerzeniem naczyń, orzec musimy, że nerw współczulny mieści w sobie nerwy zwężające naczynia gruczołu tarczykowego *(n. vasoconstrictores)* a w nerwie krtaniowym górnym przebiegają nerwy rozszerzające naczynia gruczołu *(n. vasodilatatores)*.

Wykazanie faktu, że gruczoł tarczykowy w ustroju zwierzęcym rozwiniętym posiada nerwy naczynioruchowe i to tak zwężające, jak niemniéj rozszerzające naczynia dowodzi stanowczo, że gruczoł ten nie jest bezczynnym zabytkiem rozwojowym, lecz że spełniać musi jakąś właściwą sobie funkcyję fizyjologiczną. W obec tego musimy orzec, że mylném jest zapatrywanie

wielu autorów (Prochaski, Huschkego, Dohrna, Fischelisa i innych), którzy nie przypisują gruczołowi tarczykowemu żadnego znaczenia fizyjologicznego w życiu pozapłodowém.

4) Mikroskopowe zachowanie się krwi wypływającéj z gruczołu. — Stwierdziwszy tak wybitny wpływ nerwów na krążenie krwi w gruczole tarczykowym, nie podobna było pominąć dokładniejszego zbadania krwi wypływającéj z żyły tarczykowéj. Przedewszystkiém uwzględniłem ilość ciałek czerwonych i białych oraz wzajemny ich stosunek. Dla porównania obliczałem ilość ciałek tak we krwi wziętéj wprost z przeciętéj żyły tarczykowéj, jak niemniéj z żyły twarzowéj, tętnicy tarczykowéj i tętnicy językowéj. Z obliczeń przedsięwziętych za pomocą przyrządu Hayema przytaczam następujące:

Doświadczenie VIII. Drażniono naprzemian dolną część szyjną nerwu współczulnego i nerw krtaniowy górny.

Krew	W 1 mm. sz. krwi ilość ciałek		Stosunek ciałek białych do czerwonych
	czerwonych	białych	
z żyły tarczyk.	4522000	5500	1:814
" twarzow.	5200000	15000	1:346
" tarczyk.	4300000	4500	1:955
" "	4120000	4000	1:1030
" "	4050000	4000	1:1012
" "	4240000	4500	1:942
" twarzow.	5350000	18000	1:297
" "	5400000	17500	1:308
" "	5250000	18000	1:291
" tarczyk.	4250000	3500	1:1214
" "	4160000	3000	1:1386
" "	4090000	2500	1:1636
" twarzow.	5420000	18500	1:292

Jak widzimy jest w ogólności w krwi wypływającéj z gruczołu tarczykowego mniéj ciałek czerwonych i białych niż w krwi wziętéj z żyły twarzowéj; gdy bowiem w 1 mm. sz. krwi z żyły tarczykowéj mieści się średnio 4341625 ciałek czerwonych, a 3937 ciałek białych, zawiera takaż ilość krwi z żyły twarzowéj średnio 5324000 ciałek czerwonych a 16700 ciałek białych. Powtóre widzimy, że stosunek ciałek białych do ciałek czerwonych jest w obu żyłach odmienny, a mianowicie w żyle tarczykowéj średni ten stosunek wyrażają liczby 1:1102, w żyle zaś twarzowéj 1:318. Najniższą liczbę ciałek białych w żyle tarczykowéj przedstawia stosunek 1:1636, w żyle zaś twarzowéj 1:346.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O rogu skórnym (*Cornu cutaneum*) dostrzeżonym i operowanym

przez

Dra Ferdynanda Obtułowicza.

Lubo literatura lekarska poucza nas, że róg skórny nie należy do nadzwyczajnych rzadkości na polu dermatologii, gdyż liczba przypadków dotąd spostrzeganych według zestawienia dokonanego przez Leberta (*Uiber Keratose oder die durch Bildung von Hornsubstanz erzeugten Krankheiten und ihre Behandlung von Dr. Hermann Lebert.* Breslau, 1864) przewyższa cyfrę 100 (wylicza 109), to jednakże nawet na klinikach rozporządzających ogromnym materyjałem chorobowym, jak np. na klinice dermatologicznéj w Wiedniu, mijają nieraz dziesiątki lat, zanim lekarze spotkają się z podobnym kaprysem natury.

Na poparcie słów moich wystarczy tylko ta krótka uwaga, że znakomity dermatolog wiedeński, zmarły prof. Hebra w obszernem dziele swojém: *Lehrbuch der Hautkrankheiten von Dr. Ferd. Hebra und Dr. Moriz Kaposi.* Stuttgart, 1876, tom 2gi, str. 27, wyraźnie pisze, że podczas długiéj swéj działalności lekarskiéj widział zaledwie 3 razy róg skórny i to raz na klinice prof. Schabusa w Celowcu (Klagenfurt), gdzie róg skórny był niezwykle dużym, bo 4 cale długim, a grubym tak jak mały palec i był usadowionym na grzbiecie prącia, okazując koniec z boku nieco zakrzywiony; w drugim przypadku znajdował się róg $1^1/_2$ cala długi, grubości pióra kruczego, na głowie kobiety leczącéj się na oddziale skórnym szpitala powszechnego w Wiedniu; trzeci zaś przypadek rogu skórnego widział Hebra podczas prywatnéj ordynacyi u 50letniego mężczyzny na końcu nosa, nieco po stronie lewéj tegoż, róg ten był na 1 cal długim, grubym jak pióro gęsie, osadzonym na szerokiéj podstawie, a ku przodowi i ku dołowi był zakrzywiony na kształt szponu.

W obec tak wielkiéj rzadkości téj anomalii dermatologicznéj ogarnęło mnie niepospolite zdziwienie, gdy w dniu 1 sierpnia r. b. podczas prywatnéj ordynacyi dostrzegłem róg skórny, dość znacznéj wielkości na głowie u 64-letniéj pani X., z wioski pod Buczaczem leżącéj, która radząc się o szpecący ją wyprysk na nosie, nawiasem tylko wspomniała, że ma również narośl na głowie, która w ciągu 3ch lat ostatnich ciągle się rozwija. Róg skórny, 7cm. długości (blisko 3 cale), wyrastał ze skóry włosami pokrytéj, w miejscu odpowiadającém szczytowi kości potylicznéj; u podstawy średnica jego wynosiła prawie 1cm., w odległości 1cm. od podstawy swéj zakrzywiał się ku górze i ku stronie lewéj, stając się cieńszym, tak że średnica jego wynosiła $^1/_2$cm. poczém w odległości $3^1/_2$cm. od podstawy znów okazywał znaczniejszą grubość, a koniec jego nakształt maczugi ukształtowany miał średnicy przeszło $1^1/_2$cm., a grubość wynosiła $^3/_4$cm. (8mm.). Cały róg był łukowato ku górze i wewnątrz zakrzywionym, nakształt trąbki pocztowéj, tylko bez skrętów u nasady, okazując jakby kolanka w miejscach, gdzie część środkowa najcieńsza 2cm. długa stykała się z podstawą i końcem maczugowatym. Na powierzchni tego rogu widocznem było prążkowanie podłużne, rozchodzące się promienisto w części górnéj. Barwa rogu jest u nasady i w części cienkiéj jasnożółtą, cielistą, a potém ciemnieje w miarę grubienia rogu tak, że koniec maczugowaty tegoż jest brudno woskowo-żółtym, a powierzchnia szeroka maczugi płasko uciętéj jest żółtawo-czarniawą. Pod względem konsystencyi to róg ten jest prawie tak twardym jak paznogieć, przy silném naciskaniu palcami wcale niepodatnym, a zaledwie tylko paznogciem można wyżłobić na jego powierzchni bardzo płytkie rysy.

Róg ten skórny nie sprawiał choréj wielkich dolegliwości, tylko przy myciu głowy i czesaniu zawadzał, a gdy się grzebień o niego zaczepił, to przez naciągania podstawy sprawiał nieco boleści. Skóra, z któréj róg wyrastał, nie była wcale chorobowo zmienioną; była dość cienką, otaczała podstawę rogu nakształt pierścienia i dała się wraz z rogiem łatwo po tkance podskórnéj przesuwać. Włosy siwawe otaczały gęstemi kosmykami całą tę okolicę przykrywając dolną część rogu.

Po dłuższém przekonywaniu i namawianiu choréj uzyskałem wreszcie pozwolenie dokonania prostego rękoczynu wycięcia rogu, co nastąpiło w sposób nader łatwy przez wycięcie nożyczkami skóry w fałd podniesionéj i zaszycie

następnie lejkowatego otworku za pomocą nitki katgutowéj. Broczenie krwi było nieznaczne. Nie chcąc psuć całości pięknego preparatu anatomo-patologicznego nie dokonałem dotąd przekroju przez całą jego długość i zbadania drobnowidowego, pozostawiając to już prof. Drowi Browiczowi, na którego ręce okaz ten przesłać nie omieszkam; nadkrojenie tylko od końca maczugowatego wykazuje twardość niepospolitą, tak jak paznogcia, współśrodkowo ułożone warstwy masy rogowéj i środek ziarnisty, kruchy. Na têm miejscu również tylko wspomnę, że według spostrzeżeń Leberta badanie drobnowidowe dokonane na cienkich przekrojach podłużnych wykazuje zazwyczaj słupki i pręciki ściśle ze sobą spojone za pomocą istoty, która stapia je w masę na pozór zupełnie jednostajną; pojedyncze zaś słupki mają wejrzenie prążkowate, włókniste i składają się z komórek przyskórka ułożonych szeregami obok siebie; na przekrojach znów poprzecznych badanie drobnowidowe wykazuje przestwory kształtu okrąglawego, współśrodkowo uwarstwione i otoczone komórkami ułożonemi nieregularnie pomiędzy niemi. Co się tyczy komórek samych, to okazują one wybitne cechy komórek wchodzących w skład przyskórka i ułożone są albo obok siebie, albo jedna ponad drugą, lub téż tworzą gniazda współśrodkowe, podobne do gniazd dostrzeganych w raku skórnym i w brodawkach, albo téż przypominają przekroje poprzeczne ujść gruczołów skórnych.

Według spostrzeżeń Leberta i Virchowa w rogach skórnych znajdują się naczynia krwionośne, które nie sięgają zbyt wysoko, niewątpliwie jednak zaopatrują część podstawową rogu.

W niniejszym przypadku mimo znacznéj stosunkowo wielkości rogu broczenie było nieznaczne, a z pewnością o wiele mniejsze niż przy wycinaniu małych nawet brodawek, które są bardzo obficie unaczynione. W moim przypadku róg wyrastał z saméj miazdry skórnéj, a chcąc go skutecznie usunąć i zapobiedz możliwemu odtwarzaniu się musiałem wyciąć i przylegający rąbek skórny, tak że w miejscu osady rogowéj zrobił się przez całą grubość skóry otwór lejkowaty, który spojony katgutem zagoił się w 3 dni na drodze rychłozrostu (*per primam*).

Pod względem momentu etyjologicznego wpływającego na powstawanie i rozwój rogu skórnego, nie może nauka dotąd nic powiedzieć; w przypadku moim łatwo byłoby wskazać na drażnienie skóry przez szpilki wpinane we włosy lub koniec grzebienia, który właśnie w miejscu wyrastania rogu mógł skórę drażnić i powodować jéj przerost w tak dziwny i kapryśny sposób. Hebra poprostu przyznaje się do zupełnéj nieświadomości przyczyn powstawania rogów skórnych, inni autorowie jako jednę z przyczyn wymieniają drażnienie mechaniczne skóry, a w przypadku niniejszym przyczynę tę możnaby również w sposób przeze mnie co dopiero wyłuszczony uzasadnić.

Co do zabiegów leczniczych to wycięcie rogu skórnego wraz z podstawą należy do radykalnych i najracyjonalniejszych metod postępowania.

Aby, prócz wzmiankowanéj już pracy Leberta i Hebry o ile możności wyczerpnąć przypadki rogów znane w literaturze dermatologicznéj, wspomnieć mi wypada przedewszystkiém, iż w dziennikach lekarskich polskich, o ile je z możliwą ścisłością przepatrzeć zdołałem, już w 1ym numerze Przeglądu Lek. z r. 1862 prof. Oettinger opisał również przypadek rogu skórnego 5cm. długiego (Kilka dostrzeżeń z mojego dziennika lekarskiego. I. Róg na głowie niewiasty). Róg ten rozwinął się w ciągu 1½ roku u izraelitki, liczącéj koło 30 lat, zresztą całkiem zdrowéj i dobrze zbudowanéj, miał postać dość ozdobną, bo przedstawiał 2 spiralne zakręty, przy podstawie był niemal tak grubym jak palec mały, a koniec jego górny był niemal lancetowato zaostrzonym. Cały róg miał barwę brudno-szaro zielonawą, twardość rogową, utkanie zaś na pozór włókniste. Narośl wspomniana znajdowała się na przodzie głowy w środku między czołem a ciemieniem nieco na lewo od szwu strzałkowego, a przyczynę powstania jéj przypisuje kol. Oettinger zadrażnieniu skóry powstałemu przez noszenie zbyt obcisłego nakrycia głowy (czepca), które u mężatek żydowskich przestrzeganém bywa surowo z religijną sumiennością.

Z pomiędzy zaś rozpraw napotkanych w literaturze dermatologicznéj niemieckiéj wymienić muszę choćby tylko z tytułu artykuł prof. Picka: *Zur Kenntniss der Keratosen* zamieszczony w *Vierteljahrschrift f. Dermatologie u. Syphilis* za r. 1875, str. 315, jakotéż przypadek rogu skórnego opisanego przez Bergha również w têm wydawnictwie z r. 1873, str. 185.

Krótka ta rozprawka niech posłuży ku wzbogaceniu naszego piśmiennictwa na polu dermatologii, a okaz rogu skórnego za skromną ozdobę muzeum anatomo-patologicznego w Krakowie.

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

11. W r. 1850 Stenhouse otrzymał ze *Spartium scoparium* alkaloid płynny o składzie $C_{30}H_{26}N_2$, bardzo gorzki, w wodzie jednak nierozpuszczalny, łatwo tworzący z kwasami sole krystaliczne. Ze soli tych najłatwiéj rozpuszczalnym jest w wodzie siarkan sparteinowy, i z tym téż G. Sée robił doświadczenia fizyjologiczne i terapeutyczne. Doświadczenia dotyczą sześciu chorych, u których tętno badano sfygmografem Mareya przed podaniem i po podaniu sparteinu. Dwie pierwsze chore dotknięte były zwyrodnieniem mięśnia sercowego: uderzenie koniuszkowe serca, mimo znacznego wychudnienia osobników, zaledwie wyczuwalne, również tętna tylko z trudnością można się było domacać. Na obrazie graficznym linija oznaczająca skurcz mięśnia sercowego zaledwie była naznaczoną. Po podaniu sparteinu linija ta wystąpiła prawidłowo, uderzenia serca znacznie silniejsze, tętno prawidłowe. Polepszenie to utrzymywało się 3 do 4 dni. U trzeciéj choréj ze zwężeniem ujścia żylnego lewego spartein usunął szybko nieregularną czynność serca i przywrócił regularność tętna. Również miało to miejsce u czwartego chorego dotkniętego zapaleniem przewlekłém osierdzia i niedomykalnością zastawki dwukończystéj. W piątym przypadku rozszerzenia serca z przyczyny zwyrodnienia miażdżycowego tętnic obok opuchliny i białkomoczu istniała wybitna arytmija, zwolnienie i osłabienie tętna. Po użyciu siarkanu sparteinu tętno uregulowało się a ruchy serca stały się wybitniejsze i chyższe. W szóstym przypadku w dychawicy sercowéj z białkomoczem tętno było bardzo niespokojne, nieregularne. W 40 minut po użyciu sparteinu objawy te zupełnie znikły. Na podstawie tych sześciu spostrzeżeń Sée przypisuje siarkanowi sparteinowemu działanie w niektórych przypadkach zupełnie zastępujące naparstnicę i konwalamarin, a przewyższające te ostatnie leki dłuższém trwaniem działania. Wreszcie spartein jest w stanie usunąć nieregularność czynności

serca, wynikającą z tak zwanéj przez niego atonii serca. Pod tym względem działanie sparteinu zbliża się do belladony. Działanie sparteinu występuje po zażyciu w godzinę a najdaléj w parę godzin i utrzymuje się trzy do czterech dni. W czasie tego siły chorego wzmagają się, oddechanie staje się łatwiejszém. Na narząd moczowy zdaje się spartein nie wywierać żadnego wpływu. Zdaniem autora spartein jest zatém wskazanym we wszystkich przypadkach osłabienia czynności mięśnia sercowego, czyto z przyczyny zwyrodnienia, czy téż z przyczyny jakichś wad w krążeniu. Sée podawał siarkan sparteinu w rozczynie wodnym po 10 cmgr. Dawka ta nie wywołuje żadnego ubocznego działania ani ze strony narządu trawienia ani systemu nerwowego. (*C. r. de l'Ac. des Sciences*).

12. Wstrzykiwania podskórne chininu mimo rozlicznych prób nie uzyskały dotąd obywatelstwa w zwykłém lekownictwie a to z powodu znacznéj bolesności, jaką wywoływały, a prócz tego z powodu nader częstego wytwarzania się dużych nacieków przechodzących dość często w ropnie. Niektórzy autorowie podają nawet przypadki posocznicy skutkiem podskórnego stosowania chininu. Mimo to jednak są przypadki, dla których z przyczyny zbytniéj drażliwości przewodu pokarmowego na większe dawki chininu, a konieczności zastosowania tego znakomitego leku, udoskonalenie téj metody byłoby bardzo pożądaném. To téż spowodowało Aitkena do nowych doświadczeń, na podstawie których podaje że rozczyn siarkanu chininowego kwaśnego *(chininum bisulfuricum)* lub téż *chinini hydrochlorici* w równych częściach wody i gliceryny z dodatkiem 20 kropli kwasu fenolowego na 100grm. wody, można zastrzykiwać podskórnie bez obawy powyższych przykrych następstw. Na jednę dawkę radzi autor użyć 30 kropli rozczynu wysyconego chininu. Tym sposobem można w ciągu kilku godzin podać choremu do 2·0grm. tego leku. (*Semaine méd.*).

Alkochole i związki im pokrewne.

13. Dujardin-Beaumetz przyznaje paraldehydowi wyższość nad chloralem w następujących względach. Paraldehyd nie wywołuje tak łatwo zadrażnienia żołądka jak chloral, nie działa szkodliwie na mięsień sercowy i jest lepszą od tego ostatniego odtrutką w zatruciach strychninem. Zaprzecza również Beaumetz, aby ustrój łatwiéj się do paraldehydu przyzwyczajał niż do chloralu. Podawał on go przez miesiące i zawsze dawka 3grm. wystarczała, aby sprowadzić sen. Paraldehyd nie posiada jednak w tym stopniu własności uśmierzania bólu co chloral a zwłaszcza morfin. Dla tego użycie paraldehydu jest wskazaném przedewszystkiém w tych przypadkach, w których ma się do czynienia z samoistną bezsennością, a szczególniéj w przewlekłém zatruciu alkoholem. Co do postaci użycia aldehydu to Beaumetz najchętniéj przepisuje go: *Paraldehydi 15·0. Aq. destillatae 250·0.* W łyżce stołowéj tego rozczynu znajduje się 1grm. paraldehydu. Ponieważ lek ten ma dość niemiłą woń, przypominającą oddech pijaków, przeto Beaumetz poleca użycie tego rozczynu napół z rumem lub pestkówką. Z powodu téj niemiłéj woni przepisuje się także paraldehyd: *Rp. Paraldehydi 2·0, Aq. Sambuci 70·0, Tincturae vanillae gtts. XX. Syrupi laurocerasi 30·0.* lub téż: *Rp. Paraldehydi 10·0, Spirit. vin. rectificatissimi 48·0, Tincturae vanillae 2·0, Aq. destillatae 30·0, Syrupi simplicis 60·0.* Łyżka stołowa eliksyru zawiera jeden gram paraldehydu. Keraval radzi szczególniéj u obłąkanych stosować lek ten *per rectum* i w tym razie zapisuje go: *Rp. Paraldehydi* 2·0, *Vitellum ovinum unum, Mucilag. gummi arabici* 120·0. Polecano także paraldehyd podskórnie, przepisując go: *Rp. Paraldehydi 5·0, Aq. laurocerasi 5·0, Aq. destillatae 15·0.* Pół dawki zwykłéj wystarcza przy stosowaniu podskórném do sprowadzenia snu; Beaumetz jednak nie chwali téj metody, bo zastrzyknienie sprawia zawsze mocny ból, a niekiedy wywołuje nawet naciek i wytworzenie się ropnia. (*Bullct. thérap.*).

Desnos podaje paraldehyd po 2, 3, a najwyżéj 4 grm. Dawka ta, zdaniem jego, jest zupełnie wystarczającą. Jeżeli zaś 4grm. nie sprowadzi snu, to z pewnością i 8 grm. go nie sprowadzi. Paraldehyd czasem istotnie zawodzi. Na podstawie własnych i Morsellego doświadczeń autor oblicza 8% osób, u których paraldehyd zostaje bez skutku. Sen następuje bez objawów poprzedniego pobudzenia i trwa 2—6 godzin. Sen ten nie zawsze był spokojnym, jak to niektórzy autorowie twierdzą, lecz towarzyszyły mu sny czasem bardzo przykre. Niekiedy po przebudzeniu, rzadko jednak, chory doznaje bólu głowy. Jakkolwiek aldehyd nie działa w tym stopniu kojąco na ból jak chloral i morfin, to przecież autor do przypadków wyleczenia lekiem tym nawet nerwic, a opisanych przez Fredericiego i Morsellego dodaje sam jeden, w którym nerwica *N. occipitalis,* niedająca się usunąć chininem, ustąpiła zupełnie po jednorazowéj dawce 4grm. paraldehydu. Autor stosował paraldehyd u wielu chorych gorączkujących, tudzież w chorobach zakaźnych. Chorzy ci zawsze dobrze znosili ten lek, nie wywoływał on jednak obniżenia ciepłoty, jakby to wnosić należało na podstawie doświadczeń robionych na zwierzętach. (*Bull. thérapeutique*).

(Ciąg dalszy nastąpi).

J. R. Fowler: **Hydronaftol nowy środek antyseptyczny.**

Hydronaftolu użył F. z korzyścią jako środka antyseptycznego w zastępstwie kwasu karbolowego. Robił z nim liczne doświadczenia, z których okazało się, że 0·5% rozczyn: 1) nie był w stanie odwietrzać rozłożonego bulijonu zawierającego chorobotwórcze żyjątka i zarodniki; 2) nie zabijał w tym rozcieńczeniu lasecznika wąglikowego, subtelnego i mikrokoków; ale 3) jako *antisepticum* okazał się korzystnym wstrzymując rozwój bakteryj w rozczynie 1:6000. Do użytku w chirurgii używa się rozczynu 1:1100 a rozczyn ten sporządza się dodając gorącéj wody aż do wysycenia przyczém rozczyn nabiera barwy mlecznéj, przy następném zaś dodaniu nieco wody zimnéj płyn wyjaśnia się. Jedwab, katgut, gąbki, dreny itd. sterylizuje się najpierw przez zanurzenie w rozczynie sublimatu a przechowuje się następnie w rozczynie hydronaftolu. Opatrunki sporządza się przez nasycenie rozczynem 1:500. Okazało się, iż środek ten jest niedrażniącym, nietrującym, nieżrącym i nielotnym przy zwykłéj ciepłocie a w działaniu ustępuje tylko sublimatowi. Jedenaście przypadków, w których użyto tego środka objaśnia jego działanie. F. podaje również sposoby przyrządzania niektórych materyjałów opatrunkowych. (*Annals of Surgery* 1886, Vol VIII, Nr. 2). *Dr. Barącz.*

H. C. Wyman: **Operacyja wrodzonego wynicowania pęcherza u 5ciodniowego dziecka.**

Szparę sięgającą od pępka do *ligam. triang.* z wynicowaniem tylnéj ściany pęcherza, z odsłonięciem moczowodów i z brakiem grzbietu prącia operował Wyman. Zwolniwszy napięcie tkanin otaczających obustronnie cięciem ku górze na 2 cale od *spina ant. super.* zbliżył W. brzegi szpary szwem szpilkowym; między temi szwami założono przerywane. Ranę opatrzono za pomocą *zinc. oxyd.* i waty, dla odpływu moczu założono dren. Wygojenie nastąpiło zupełne.

W 2 miesiące potém nastąpiła śmierć wśród drgawek. (*N. Y. Med. Rec.* 1887, Dec. 12). *Dr. Barącz.*

M. Wild: **O dziedziczności choroby Basedowa.**

Szereg przypadków ogłoszonych przez W. stwierdza ponownie wpływ dziedziczności na powstawanie téj choroby. Kobieta 35-letnia, dotknięta od 3ch lat chorobą Basedowa, ma siostrę 28-letnią cierpiącą tę samę chorobę i okazującą początki suchot płucnych. Trzecia siostra była również dotkniętą chorobą B. i umarła w 30 roku życia na gruźlicę, matka zaś, która mając 42 lat życia umarła na suchoty, okazywała także objawy choroby Basedowa. (*The British med. Journal* z maja 1886). *Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

(S. B.) **Obecność wolnego kw. solnego w soku żołądkowym w okresie początkowym raka żołądkowego.** Fakt, że w raku żołądkowym oddziaływanie za pomocą błękitu metylowego, które służyć ma do wykazania wolnego kwasu solnego pospolicie nie daje się uskutecznić, stwierdzono również we wszystkich przypadkach, które leczono w ubiegłym roku na klinice w Lipsku. Raz tylko wystąpiło niebieskie zabarwienie metylu. W tym przypadku jednakowoż, jak to późniéj sekcyja wykazała, miano do czynienia z pierwszym początkiem raka odźwiernika pomijając już liczne guzki rakowe w wątrobie. Thiersch przyjmuje z tego powodu, że w raku żołądkowym, dopóki nie dają się spostrzegać zmiany makroskopowe błony śluzowéj żołądka, dopóty nie wytwarzają się połączenia zobojętniające normalny sok żołądkowy. Pozostaje do rozstrzygnięcia pytanie co właściwie w raku żołądka działaniu kwasu (chyba stale obecnego) na metyl staje na przeszkodzie. (Możnaby poszukiwać kwasu za pomocą zalecanego przez Hösslina papieru Kongo). (*Deutsche med. Ztg.*, 1886, Nr. 55).

(S. B.) **Dodatek do znajomości stosunku gośćca stawowego do chorób nerwowych.** Prof. Dr. Brieger opisuje przypadek obserwowany przez siebie, gdzie u 17-letniéj dziewczyny w parę dni po ostrym gośćcu, którym pacyjentka pierwszy raz była dotknięta, rozwinęła się pląsawica. W przebiegu tego stanu chorobowego występowało zjawisko dotąd nieznane jeszcze w literaturze: naprzemian pląsawica i gościec stawowy, i to w ten sposób, że podczas gośćca znikała zupełnie pląsawica, ale w téjże saméj chwili powracała, kiedy gościec ustawał. W dwóch innych przypadkach obserwował autor kombinowanie rwy kulszowéj *(Ischias)* i gośca stawowego; u obu chorych występują równocześnie *Ischias* i gościec przy nagłéj zmianie temperatury, a oba stany ciężkiéj natury; pomijając przebieg chorobowy już sam sposób wyleczenia przemawia za têm, że musiał istnieć związek przyczynowy między obiema chorobami, o tyle, że stosowane leki przeciwgośćcowe oba cierpienia usunęły. (*Deutsche med. Ztg.* 1886, Nr. 55).

(S. B.) **Jodek potasu jako środek przeciw dychawicy.** Autor podaje nadzwyczaj pomyślne wyniki, jakie osięgnął w leczeniu dychawicy za pomocą jodku potasu. Między 36 chorymi większa część cierpiała na dychawicę samą bez powikłań; u reszty prócz tego występowało zapalenie oskrzeli i rozedma płuc, zależności jednakowoż dychawicy od tych ostatnich cierpień lub odwrotnie nie dało się stwierdzić. Tylko w 9ciu przypadkach środek ten nie skutkował wcale; najlepiéj działał w saméj dychawicy bez powikłań. Dawki zwykłe.

Według autora znaczenie jodku potasu nie polega na działaniu na błonę śluzową nosa, porównywa on ten środek z bromkiem potasu w padaczce. Oba w znamienity sposób usuwają główny objaw chorobowy, nie wpływając jednak na samą chorobę. (*Allg. med. Central Ztg.* 1886, Nr. 54).

Ω. Boisseau du Rocher poleca **w dysenteryi Secale cornutum** po 0·50 *pro dosi*, po 3·0 *pro die* w proszku. W przypadku jednym szczególniéj nader uporczywym, w którym wszelkie inne leczenie zawodziło, a siły chorego coraz bardziéj się wyczerpywały, *secale cornutum* działało szybko i znakomicie. Autor zachęca do dalszych doświadczeń w tym kierunku. (*Le Progrès méd.* 1886, 10).

IV. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w sierpniu r. 1886.

Na dur brzuszny leczono 281 chorych, z tych wyzdrowiało 190 czyli 67·6%, umarło 15 czyli 5·3%, pozostało w leczeniu z końcem sierpnia 76 chorych w 9ciu miejscowościach. W ogóle panował dur w 21 miejscowościach a w 12 powiatach, przeważnie w powiecie rawskim.

Dur plamisty stwierdzono w 8 miejscowościach w 6ciu powiatach, a mianowicie w tarnopolskim powiecie w 3 gminach, zresztą w każdym innym z 5 powiatów po jednéj gminie. Przebieg w ogóle bardzo łagodny, z 78 leczonych chorych wyzdrowiało 64 czyli 82·1%, umarło 2 czyli 2·6%, pozostało 12 chorych w 2 miejscowościach.

Płonica od kwietnia b. r. szerzy się wprawdzie powoli lecz ciągle w sierpniu stwierdzono ją w 18 gminach 15 powiatów, i tak w tarnopolskim powiecie w 3 gminach, w borszczowskim w 2 gminach, zresztą po jednéj gminie w każdym z 13 powiatów. Z 437 leczonych chorych ozdrowiało 198 czyli 45·3% (w lipcu 69·8%), umarło 78 czyli 17·8% (w lipcu 14·5%), pozostało z końcem sierpnia 161 chorych w 11 gminach. Przebieg ma przeto cechę dość złośliwą i należy się obawiać większego rozszerzenia choroby. W jednéj gminie powiatu tarnopolskiego z ludnością 612 osób, zachorowało na płonicę od połowy lipca br. 84 osób, z tych umarło już 20 a 18 pozostało jeszcze w leczeniu.

Błonicę stwierdzono w 10 gminach u 119 chorych, z tych wyzdrowiało 54 czyli 45·4%, umarło 46 czyli 38·6%, pozostało w leczeniu 19 w 3ch gminach.

Czerwonka jak zwykle w sierpniu najwięcéj była rozszerzoną, gdy jednak w sierpniu r. 1885 stwierdzono 6988 chorych, w tym roku było tylko 3090 chorych w 90 gminach. Najwięcéj była czerwonka rozszerzoną w powiecie gorlickim, w którym w 13 gminach stwierdzono tę chorobę u 675 (z tych umarło 70); daléj w sąsiednim powiecie sądeckim w 12 gminach u 392 chorych (z tych zmarło 38), w powiecie zaś dolińskim umarło w 5 gminach z 117 leczonych chorych 37 = 21%. W ogóle wyzdrowiało z 3090 chorych 1843 czyli 59·6%, umarło 389 czyli 12·6%, pozostało w leczeniu 858 chorych.

Epidemija odry zmniejsza się od stycznia b. r. coraz bardziéj; w sierpniu leczono 908 osób (w lipcu 2184), z tych wyzdrowiało 800 czyli 88·1%, umarło 51 czyli 5·6%, pozostało 57 chorych w 3 gminach.

Na krztusiec leczono 1882 chorych (w lipcu 1968) w 33 gminach; wyzdrowiało 1466 czyli 77·9%, umarło 41 czyli 2·2%, pozostało 373 chorych w 8 gminach.

Od wielu lat nie była ospa w kraju tak mało rozszerzoną jak w ubiegłym miesiącu. Leczono ogółem w 10 miejscowościach 73 chorych, z tych wyzdrowiało szczepionych 15 czyli 20·5%, nieszczepionych 38 czyli 52·1%, umarło zaś szczepionych 1 czyli 1·4%, nieszczepionych 14 czyli 19·2%; z końcem sierpnia pozostało 4 chorych ospowych w leczeniu.

Lwów d. 10 września 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Cholera.** Powoli rozpościera się epidemija w krajach należących do korony węgierskiéj, do których dostała się z Tryjestu. Bramą wchodową dla niéj było miasto portowe Rjeka, zkąd dostała się do małych miasteczek chorwackich i zdawało się, że trzymając się wybrzeża austro-węgierskiego ograniczy się do nich i wygaśnie przed zimą. Tymczasem, prawdopodobnie śród sprzyjających niezwykłych upałów, cholera dostała się do Buda-

pesztu, a według najnowszych wiadomości nawet do Raab, a więc dwoma szlakami zbliża się do nas i zagraża Galicyi. Podczas, gdy we Węgrzech nieszczęsne hasło: *Cholera nostras* opóźnia przeprowadzenie skuteczne środków ostrożności, u nas têm mniéj dzieje się coś, coby wskazywało na przygotowanie się na gościa niepożądanego. Dzięki skwarom i posusze tumany kurzu czynią oddychanie w mieście a głównie na plantacyjach prawie niepodobném, a Magistrat czeka cierpliwie, aż nareszcie deszcz zlituje się nad nami.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 sierpnia do 4 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 29·5. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.), z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z nieżytu żołądka i jelit 11 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy i 2 czerwonki. W tygodniu od 22—28 sierpnia umarło z ospy: w Warszawie i Pradze po 2, w Budapeszcie 22, w Wenecyi i Paryżu po 1; w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Londynie po 1. Z duru powrotnego umarło: w Petersburgu 1. Z cholery umarło w Tryjeście 38. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 5, w Londynie i Petersburgu po 9. Z odry umarło: w Berlinie 10, w Paryżu 17, w Londynie 31. Z płonicy umarło: w Warszawie 7, w Budapeszcie 24, w Paryżu 8, w Londynie 17, w Petersburgu 11. Z błonicy umarło: w Warszawie 10, w Berlinie 25, we Wrocławiu 5, w Dreźnie 7, w Hamburgu 10, w Budapeszcie 13, w Paryżu 29, w Londynie 28, w Chrystyjanii 9, w Petersburgu 8. Z krztuśca umarło: w Paryżu 7, w Londynie 22.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,7; we Lwowie 32,2; w Brodach 22,9; w Drohobyczu 44,0; w Kołomyi 26,5; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 33,1; w Tarnopolu 31,3; w Tarnowie 22,5; w Czerniowcach 32,7; w Warszawie 27,1; w Poznaniu 22,1; w Wiedniu 26,0; w Salcburgu 29,4; w Gracu 24,6; w Tryjeście 65,0; w Insbruku 9,5; w Pradze 33,0; w Bernie 25,6; w Ołomuńcu 28,2; w Opawie 28,0; w Berlinie 33,2; we Wrocławiu 23,6; w Gdańsku 36,2; w Dreźnie 32,8; w Hamburgu 30,4; w Kolonii 26,1; w Lipsku 27,5; w Mnichowie 33,8; w Strasburgu 31,3; w Amsterdamie 23,7; w Bazylei 19,7; w Brukseli 22,3; w Budapeszcie 35,8; w Chrystyjanii 26,2; w Genewie 15,9; w Kopenhadze 22,1; w Londynie 18,3; w Odesie 35,8; w Paryżu 21,8; w Petersburgu 25,6; w Stokholmie 18,5; w Wenecyi 34,7; w Zurychu 21,3. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 września. Redaktor Przeglądu Lek. powrócił do Krakowa i obejmie redakcyję od Nru przyszłego.

* Otrzymaliśmy Kalendarz lekarski na r. 1887 ułożony przez Dra Jana Stellę Sawickiego. Piąty ten rocznik tego pożytecznego wydawnictwa przedstawia się bardzo dobrze. Artykuły w nim zamieszczone w części pierwszéj są oddrukiem kalendarza tegorocznego, a dział informacyjny został odpowiednio zastosowany. Dodano tablicę przedstawiającą rysunek schematyczny granic organów wewnętrznych ustroju, oraz rozdziały o leczeniu klimatyczném, o gimnastyce leczniczéj, nakoniec w dodatku podano wiadomość o nowszych sposobach leczenia niektórych chorób. Rozdział o leczeniu klimatyczném jest pożądaném uzupełnieniem rozdziału zakłady zdrojowe i uzdrowiska, co zaś do krótkiego rozdziału o gimnastyce leczniczéj to przedstawiono w nim, o ile to w skróceniu uczynić się dało, najwięcéj w celach leczniczych używane ruchy.

Jak co roku tak i obecnie polecamy uwadze Kolegów to wydawnictwo, które starannym doborem, treści i praktycznym układem do potrzeb lekarzy krajowych zastosowanym w zupełności zastąpić może podobne wydawnictwa niemieckie tyle jeszcze w kraju naszym rozpowszechnione.

* Otrzymaliśmy przedruk artykułu z sierpniowego Nru Czasopisma technicznego pod tyt: W sprawie uzdrowotnienia miasta Krakowa. Przedwstępny szkic kanalizacyi i wodociągów miejskich, skreślił J. F. Zarzycki, król. belg. dypl. inżynijer cywilny. W artykule tym omawia autor dwa najważniejsze czynniki asanizacyi miasta: kanalizacyję i wodociągi. Co do kanalizacyi to wiele poglądów podanych przez autora dyskusyi ulegać nie może, jak że obok wodociągów konieczną jest rzeczą myśleć o kanalizacyi, że jedynie kanalizacyja zupełna, właściwa chroni grunt, powietrze i wodę od zanieczyszczenia, że kanalizacyja, gdy raz wypracowano ogólny plan dla całego miasta może być częściowo w szeregu lat wykonywaną, że dzisiaj istniejące i budowane kanały w danym razie dadzą się użyć jako rezerwowe przy nadzwyczajnych opadach meteorycznych, czyli jako kanały burzowe, jak je autor nazywa itd. Że system kanalizacyi spławnej, czyli jak ją autor nazywa ruchoméj, jest jak na dziś ze stanowiska higijenicznego najlepszym systemem usuwania nieczystości miejskich, chociaż ze stanowiska rolnictwa podnoszone bywają zarzuty, również nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Nie należy jednak zapominać, że w pewnych razach czyni również zadosyć wymaganiom ulepszony system wywózki (np. Tallarda) a czyni on nadto zadość wymogom rolnictwa. Jak w wielu przypadkach tak i tu okoliczności skłaniają nieraz do obrania czegoś mniéj może doskonałego a jednak zaspakajającego żądania i dającego się rychlej osiągnąć niż coś doskonalszego. W mieście naszém brak kanalizacyi daje się może więcéj jeszcze czuć niż brak dobréj wody. Niedogodnościom ztąd wypływającym należało było rychło zapobiedz, o rychłém zaś przeprowadzeniu systemu kanalizacyi nowożytnéj, obok potrzeby wodociągów ze stanowiska finansowego myśleć nie było można, bo tak kanalizacyja taka jak i wodociągi wymagają bardzo znacznego kapitału zakładowego, nie pozostało zatém nic innego, jak uciec się do zaprowadzenia ulepszonego systemu wywózki, który téż w postaci systemu Tallarda zaprowadzono i który, jak dotąd, z zadowoleniem mieszkańców funkcyjonuje.

Co do wodociągów to autor wzmiankowanego artykułu życzy sobie podwójnych wodociągów. Podwójne wodociągi przedstawiają jednak wiele niedogodności, a nie czynią zadość wygodzie mieszkańców, z tego powodu wszędzie dają pierwszeństwo wodociągom jednolitym. Co się tyczy jakości wodociągów czy źródlane, czy z wody zaskórnéj, czy téż rzeczne, to autor nie zwrócił uwagi na uchwałę doniosłego znaczenia, powziętą na Zjeździe niemieckiego Stowarzyszenia higijenistów niemieckich przed kilku laty łącznie z Towarzystwem techników, iż zawsze należy się starać o wodociągi źródlane, a dopiero gdyby do jakiegoś miasta zgoła niemożebném było sprowadzić wodę źródlaną należy myśleć o zaopatrzeniu go wodą zaskórną lub rzeczną. Idąc więc w myśl téj uchwały dopóki możemy mieć nadzieję zaopatrzenia miasta Krakowa wodą źródlaną, dopóty wszelkie nasze usiłowania i badania ku temu winny jedynie zwrócone być winny. Nie wchodząc w techniczną stronę wodociągów ze stanowiska lekarskiego rozchodzić się powinno tylko o jakość i ilość wody. Co do jakości źródła regulickie są wyborne, czy zaś źródła regulickie zasilone wodami źródeł leżących przy drodze wodociągu wystarczą na pewien okres czasu czy nie, to dopiero dalsze obliczenia i badanie okażą. Co się tyczy kosztów to niewątpliwie koszta zakładowe wodociągu regulickiego będą znaczniejsze niż koszta wodociągu wiślanego, ale za to koszta utrzymania pierwszego będą o wiele mniejsze od utrzymania drugiego, rzecz tę zaś autor wymija.

Sprawy wodociągów i kanalizacyi są ściśle z sobą związane i pod tym względem z autorem zgodzić nam się wypada. Kanalizacyi spławnéj bez wodociągów pomyśleć sobie nie można a kanalizacyja do odprowadzenia wód brudnych i meteorycznych stanie się konieczną, piekącą, skoro nadejdzie dawno oczekiwana chwila zaprowadzenia wodociągów.

O artykule p. Zarzyckiego dałoby się jeszcze wiele powiedzieć ale nie miejsce do tego w niniejszéj pobieżnéj wzmiance, zawsze zasługuje on na uwzględnienie, z powodu że zwraca uwagę na sprawę kanalizacyi, któréj mimo zaprowadzenia systemu Tallarda nie należałoby spuszczać z oka, ale w myśl uczynionego na Radzie miejskiéj wniosku myśleć o wypracowaniu ogólnego planu kanalizacyi miasta.

* Otrzymaliśmy zeszyty 35—38 dzieła p. t. *Biographisches Lexicon der hervorragendsten Aerzte,* wychodzącego pod redakcyją Gurlta i Hirscha a nakładem Urbana i Schwarzenberga w Wiedniu. Zeszyty te mieszczą w sobie bijografije lekarzy począwszy od Morsinga aż do Pirogowa. Z lekarzy polskich wymienieni są: Nagumowicz, Natanson, Nawrocki, Nencki, Neugebauer, Niszkowski, Noskiewicz,

Noskowski, Nowicki, Nowopolski, Ochocki, O'Connos, Oczapowski, Oczko, Oettinger i Orłowscy.

* W porozumieniu z Ministrem spraw wewn. p. Minister oświecenia zamianował na rok szkolny 1886/7 następujących funkcyjonaryjuszów dla egzaminów lekarskich w Uniw. Jagiell.: komisarzem rządowym prof. Jakubowskiego, a jego zastępcą prof. Rosnera; koegzaminatorem przy 2iém rygorozum lekarskiém: docenta Poniklę a zastępcą prof. Domańskiego; koegzaminatorem przy 3ém rygorozum: prof. Obalińskego a zastępcą docenta Jordana.

* Wiec Stowarzyszeń lekarzy austryjackich odbył się d. 6 i 7 bm. w Insbruku. Wnioski, o których w swoim czasie wspomnieliśmy, przedstawione przez referentów, zostały przyjęte. Do Wydziału wybrano dla Galicyi: prof. Hofmokla w Wiedniu, Drów Merunowicza i Różańskiego we Lwowie; dla Bukowiny zaś: Drów Porusa i Załozieckiego.

W Cieplicach czeskich bawiło do d. 11 września 6845 osób.

* **Wiadomości uniwersyteckie Monachijum.** Posadę po Guddenie otrzymał prof. Grusley z Würzburga — **Tübinga.** Dr. Müller, asystent kliniki, habilitował się jako docent chirurgii. — **Wiedeń.** Dr. Józef Paneth, habilitował się jako docent fizyjologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

Wiadomości Lekarskie Nr. 2: Halskiego: Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. III. Kilka uwag o chorobach wątroby i przewodów żółciowych; Adamkiewicza: O budowie ciała i jądra zwojowego (dok.); Fingera: Ogólna teoryja kiły (dok.); Schattauera: O dwóch laparotomijach z powodu wgłobienia jelit *(invaginatio)* (c. d.).—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Matlakowskiego: Trzydzieści sześć przypadków przetok moczowych; Zabłudowskiego: Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia; Szadka: Stosowanie elektrolizy przy leczeniu chorób skórnych. — W *Medycynie* Nr. 37: Dobieszewskiego: Spostrzeżenia kliniczne z zakładu zdrojowego w Maryjenbadzie (dok.).

Redakcyja otrzymała.

Dra SZADKA: Leczenie przymiotu za pomocą wstrzykiwań żółtego tlenniku rtęci w mięśnie pośladkowe. 8vo str. 3. (Odbitka z „Gazety Lek.)

Tegoż: Die Behandlung der Syphilis mittelst tiefer Injektionen des gelben Quecksilberoxyds in die Mm. glutei. 5 Seiten (Separatabdruck aus der Wiener Med. Presse).

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego na sześć lat w Błazowéj ludności przeszło 4.500 dusz z płacą roczną 400 złr. i 4 sągi drzewa twardego, oprócz tego dochody z oględzin umarłych i bydła i wolnéj praktyki. Podania należycie udokumentowane zechcą P. T. Doktorowie do 20 Września rb. na ręce naczelnika gminy nadesłać.

Błazowa d. 30 Sierpnia 1886.

Piotr Mach
Naczelnik gminy.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 września 1886. № 39. Rok XXV.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

I

O zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych

na podstawie doświadczeń dokonanych przez ś. p. Dra Alfreda Wolframa.

Podał

Dr. W. Ant. Gluziński,

Docent med. wewnętrz. i I asystent kliniki lek.

Rozmaite koleje przechodziła dyjetetyka chorób gorączkowych począwszy od zdrowych a doświadczeniem przy łóżku chorego zdobytych rad Hipokratesa aż do zupełnego niepodawania pokarmów z obawy podniesienia gorączki. Czasy wyzwolenia zupełnego od tego leczenia „głodem“ chorób ostrych gorączkowych nie są dawne, bo jakkolwiek już Sydenham w XVII wieku wykazywał błędność podobnego postępowania, dopiero jednak od czasu wystąpienia Gravesa koło połowy naszego wieku, a zwłaszcza dzięki zmienionym pojęciom o istocie gorączki, stoimy na gruncie więcéj racyjonalnym. Dziś w obec stwierdzonéj wygórowanéj przemiany pierwiastków, w obec znacznego ubytku na wadze chorego gorączkującego jest przewodnią naszą myślą, o ile możności nagrodzić ten ubytek, jakkolwiek nie kusimy się wcale, jak to ma miejsce u zdrowego indywiduum, wprowadzić przychód i ubytek w stan równowagi, wiemy bowiem z doświadczeń Voita, że to nawet przy prawidłowéj sile trawienia i wchłaniania, przy odpowiednim ilościowo i jakościowo dowozie jest niemożebném, gdyż rozgrzane komórki nie są w stanie dostatecznie materyjału dowozowego przerobić. Doświadczenie jednak uczy daléj, że u chorych gorączkujących pewne ilości pokarmów zostają spożytkowane z korzyścią, jeżeli tylko nie przekraczają siły trawienia i wchłaniania danego indywiduum. Od początku téż tego zwrotu w dyjetetyce chorób gorączkowych widzimy starania w zbadaniu funkcyj poszczególnych przewodu pokarmowego u chorych gorączkujących, aby z nich w związku z wynikami badań nad przemianą pierwiastków ułożyć podstawy racyjonalnéj dyjetetyki.

Że żołądek najwięcéj zwrócił uwagi, było następstwem naturalném i znaczenia jego w ogóle i przypadów, jakie u chorych gorączkujących tak często spotykamy, a które znamy pod ogólną nazwą niestrawności gorączkujących *(dyspepsia febrilis)*. Jakim zmianom ulegają czynności żołądka skutkiem gorączki, co jest przyczyną téj dyspepsyi, oto pytania, które roztrząsano i badano, przyczém jednak otrzymywano rozmaite wyniki. I tak:

Beaumont (*Experiments and observations* itd. tłum. niem. p. Bernarda Ludena. Lipsk, 1834) na znanym strzelcu kanadyjskim spostrzegał, że błona śluzowa żołądka wśród gorączki stawała się suchą, mocno czerwoną, a wydzielanie soku żołądkowego miało zupełnie ustawać. Pierwsze naukowe doświadczenie podjął Pavy *(A treatise on the function of digestion* itd., 1869, str. 51) robiąc wyciągi z błony śluzowéj żołądków ludzi zmarłych na chorobę gorączkową i przekonał się, że wyciągi te posiadały dość znaczną siłę trawienia. Hoppe-Seyler (cyt. u Manasseina *Virchows Archiv*, t. 55, str. 423) otrzymał ten sam wynik. Natomiast Schiff *(Chemische Beiträge zur Fieberlehre. Virchows Archiv*, l. 55, str. 413) stanowczo twierdzi, że u zwierząt opatrzonych przetoką żołądkową można stwierdzić wśród gorączki zupełne wstrzymanie wydzielania soku zdolnego do trawienia. Manassein (Wyciągi robione rozcienczonym kw. solnym) zwróciwszy uwagę na niezgodność wyników przekonał się, że pochodziła ona z odmiennego sposobu badania. Gdy bowiem autorowie posługujący się wyciągami bł. śluzowéj twierdzili, że sok u zwierząt gorączkujących dobrze trawi, to ci, którzy badali przez przetokę wykazywali wynik wprost przeciwny. Manassein pracując jedną i drugą drogą przekonał się, że wyciągi dobrze trawią, sok zaś wyciągnięty ma tę samą siłę trawienia, jeżeli do niego doda się HCl-

Na podstawie tego dochodzi on do wniosku, że u zwierząt gorączkujących ilość kw. solnego w soku żołądkowym nieodpowiada ilości pepsyny. Zwrócenie uwagi przez Manasseina na to zachowanie się HCl znalazło wkrótce potwierdzenie i dalsze uzupełnienie.

Uffelmann (*Die Diät in den acutfieberhaften Krankheiten*, 1877) badając wymiociny w 8 przypadkach u osób gorączkujących, przeważnie dzieci, stwierdzał wprawdzie we wszystkich prawie pepton, tém mniéj jednak, im gwałtowniejszą była gorączka; ilość kwasu solnego była jednak zawsze zmniejszoną (z wyjątkiem jednego przypadku).

Veldenowi (*Berl. klin. Woch.*, 1877, Nr. 42) zdarzył się przypadek, że chory, któremu przez dłuższy czas poprzednio w skutek rozstrzeni żołądkowéj wprowadzano sondę w celu przepłukiwań i u którego zawsze kw. solny można było wykazać, zapadł na dur brzuszny. U chorego tego przez cały czas gorączkowania, a nawet przez ośm pierwszych dni stanu bezgorączkowego nie można było wykazać kw. solnego; zmian pod względem pepsyny nie zauważono.

Sassecki (*Petersb. med. Woch.*, 1878, Nr. 19) po przeprowadzeniu badań u 9 gorączkujących doszedł do wniosku, że nie u wszystkich gorączkujących ilość kw. solnego jest zmniejszona, jeżeli jednak cierpią oni na niestrawność, to podstawą jéj jest brak kw. solnego.

Z tych wszystkich spostrzeżeń i doświadczeń jedynie tylko spostrzeżenie Veldena na chorym z durem brzusznym wytrzymuje ściślejszą krytykę. Doświadczenia dokonane na zwierzętach, a przedewszystkiém wyniki pracy Manasseina, nie dają się przenieść wprost na człowieka, wykonane zaś na ludziach nietylko że są skąpe, ale nadto sposób badania nie zupełnie jest poprawny. Również i badania wymiocin w chorobach gorączkowych są niedostateczne, albowiem nie uwzględniano należycie rodzaju choroby i nie badano przez cały ciąg trwania gorączki i w stanie bezgorączkowym.

Takie było stanowisko nauki o trawieniu wśród gorączki, gdy w październiku 1884 śp. kol. Wolfram rozpoczął swe doświadczenia. W badaniach tych używał on metody, którą podałem i opisałem wspólnie z kol. Jaworskim [1]. Metodą tą badał chorych dzień po dniu w ostrych chorobach aż do rekonwalescencyi, w przewlekłych przez dłuższy przeciąg czasu. Metoda ta polegała na zadrażnieniu bł. śluzowéj żołądka spożyciem białka jaja kurzego na twardo ugotowanego i wyciągnięcie następnie odpowiednio rozcieńczonéj treści za pomocą sondy po upływie pewnego czasu. Treść ta służyła do rozbioru chemicznego (badania śluzu, białka rozpuszczalnego, peptonów) i do przeprowadzenia sztucznego trawienia.

W ten sposób przeprowadził śp. kol. Wolfram badania w 15 przypadkach, a mianowicie: *Typh. exanth.* 1 przyp., *Typh. abdom.* 4 przyp., *Pneum. croup.* 6 przyp., *Intermittens* 2 przyp., *Phthisis pulm.* 1 przyp., *Pleurit. exsud.* 1 przyp. Żałować należy, że przedwczesna śmierć pracownika nietylko przerwała dalsze doświadczenia, ale i uroniła dużo z nagromadzonego już materyjału. Jako świadek pracy i obznajomiony z jéj tokiem z pozostałych notatek chcę złożyć możliwą całość.

Przypadki badane należą przeważnie do chorób zakaźnych ostrych, z przewlekłych bowiem tylko dwa przypadki były przedmiotem badania, główną uwagę zwrócono na zachowanie kw. solnego i pepsyny posługując się w pierwszym względzie próbą Malyego przez miareczkowanie stopnia kwasności, w drugim zaś sztuczném trawieniem wydobytego czystego soku i soku z dodatkiem kw. solnego.

Przystępując do rozbioru otrzymanych wyników za podstawę przytaczamy pierwszy badany przypadek dotyczący chorego na dur osutkowy [2]).

Jak z tablicy téj (I) widzieć można, wynik badania podjętego dzień po dniu przez cały ciąg trwania gorączki aż do 15go dnia choroby, w którym przełamanie gorączki nastąpiło, jest jednakowy: Treść żołądkowa wyciągnięta w ½ godziny po rozpoczęciu trawienia podanéj ilości białka oddziaływała zawsze obojętnie, próba zatém na kw. solny musiała wypaść ujemnie, treść ta nie zawierała peptonów, mimo że wyciągnięto jeszcze sporo kawałków spożytego białka, co świadczy o wstrzymaniu trawienia żołądkowego to też sztucznie poza organizmem przy ciepłocie 38°C. treść

[1]) Gluziński i Jaworski. Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i chorobowo zmienionych. Przegląd Lekarski, 1885, Nr. 3, 4, 5 i *Berl. klin. Woch.*, 1884, Nr. 33.

Tablica I [2]).

Data	Dzień choroby	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasu względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żelas. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.: saméj treści	Czas ukończenia sztucznego traw.: z dodat. HCl	Uwaga
1 grud.	8	r. 39·2 w. 39·8	—	oboj.			wyr.	?	—	—	J. Cz., l. 24. Dur osutkowy. Nasilenie choroby znaczne. Rozpoczęto badanie w 8mym dniu choroby.
2 „	9	r. 39·4 w. 39·6	120	„			„		niestr.	2½ g.	
3 „	10	r. 39·3 w. 39·2	130	„			„				
5 „	11	r. 39 w. 39·2	80	„			„		„	straw.	
6 „	12	r. 39·2 w. 40·4	70	„			„		„	7 g.	
7 „	13	r. 38·2 w. 38·7	85	„			„		„	7 g.	
8 „	14	r. 37·2 w. 38	90	„			„		„	„	
9 „	15	r. 36·8 w. 37·5	130	kw. 14	wyr.	wyr.		zmąc.	3¼ g.	1½ g.	
10 „		r. 37 w. 37·5	110	16	„	„		„	3¾ g.	3 g.	
11 „		r. 36·6 w. 37·5	160	20	„	„		„	3½ g.	3 g.	
12 „		r. 36·6 w. 37·5	110	20	„	„		„	2	1½ g.	
13 „		r. 36·8 w. 37	130	24	„	„		„	?	?	
14 „		r. 36 w. 37	55	28	„	„		„	?	?	

nie trawiła, czyniła to jednak, jeżeli dodało się do próby kroplę 0·1% kw. solnego.

Obraz ten zmienił się od razu z chwilą przełamania się gorączki a nastaniem stanu bezgorączkowego. W wyciągniętéj treści pojawił się kw. solny i to w ilości dość znacznéj, jak wykazywały reakcyja i stopień kwasności, wystąpiło wybitne oddziaływanie na peptony i syntoninę, a sama treść sztucznie, już bez dodatku kw. solnego, energicznie trawiła, jednem słowem, trawienie żołądkowe poczęło się odbywać prawidłowo.

Podobne zachowanie się można było stwierdzić w przypadku następującym zapalenia płuc: (tabl. II[1]):

W obydwóch więc tych chorobach kończących się krytycznie z chwilą nagłego przełamania się stanu gorączkowego sok dobrze trawiący zastępował miejsce soku nietrawiącego. Chwila téj zmiany przeciągała się niekiedy i na pierwsze kilka dni rekonwalescencyi podobnie jak w przypadku Veldena, dowodem tego przypadek zapalenia płuc, w którym dopiero kilka dni po przełamaniu zaczął się wydzielać sok trawiący. (Dok. nast.)

II. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego.

Podał

Dr. Jan Prus,

asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Doświadczenie XI. Drażniono naprzemian dolną część szyjną nerwu współczulnego i nerw krtaniowy górny.

Krew	W 1 mm. sz. krwi ilość ciałek		Stosunek ciałek białych do czerwonych
	czerwonych	białych	
z żyły tarczyk.	4250000	4500	1:944
„ „	4080000	4000	1:1020
„ twarzow.	5456000	17500	1:311
„ „	5652000	18000	1:314
„ tarczyk.	4125000	4000	1:1031
„ „	4115000	3500	1:1177
„ „	4100000	3000	1:1366
„ twarzow.	5550000	18500	1:300
„ „	5420000	18500	1:292
„ tarczyk.	3950000	2500	1:1580
„ „	3840000	3000	1:1280
„ „	3920000	2500	1:1568

Liczby te wskazują, że podczas gdy ilość ciałek czerwonych w żyle twarzowéj waha się między 5652000 a 5420000, w żyle tarczykowéj wynosi 3840000—4250000 a powtóre, że ilość ciałek białych jest o wiele mniejszą w żyle tarczykowéj (4500—2500) niż w żyle twarzowéj (18500—17500), stosunek zaś ciałek białych do czerwonych wynosi w żyle twarzowéj minimum 1:292, a w żyle tarczykowéj maximum 1:1580. Wynik więc jest zgodny z wynikiem otrzymanym z poprzedniego doświadczenia. Biorąc średnie liczby otrzymujemy: w 1 mm. sz. krwi z żyły twarzowéj 5519000 ciałek czerwonych a 18125 ciałek białych, stosunek więc ciałek białych do czerwonych 1:304, natomiast 1 mm. sz. krwi z żyły tarczykowéj zawiera 4047500 ciałek czerwonych a 3355 białych, stosunek więc ciałek białych do czerwonych równa się 1:1206.

Doświadczenie XIII. Nerwów gruczołu tarczykowego nie drażniono wcale.

Krew	W 1 mm. sz. krwi ilość ciałek		Stosunek ciałek białych do czerwonych
	czerwonych	białych	
z żyły twarzow.	5400000	37000	1:317
„ tarczyk.	4320000	5000	1:864
„ „	4315000	4500	1:958
„ „	4200000	4000	1:1050
„ twarzow.	5350000	18000	1:297
„ „	5410000	18500	1:292
„ tarczyk.	4150000	3500	1:1185
„ „	3974000	2500	1:1589
z tętn. tarczyk.	5200000	17000	1:305
„ „	5000000	17000	1:285
„ „	5300000	18000	1:291
z żyły tarczyk.	4060000	3000	1:1353
z tętn. język.	5100000	15000	1:340
„ „	5000000	14000	1:357
„ „	4900000	14000	1:350
z żyły tarczyk.	3862000	3000	1:1287

Średnie liczby są więc następujące:

Krew	W 1 mm. sz. krwi ilość ciałek		Stosunek ciałek białych do czerwonych
	czerwonych	białych	
z żyły twarzow.	5386666	17833	1:302
„ tarczyk.	4125857	3642	1:1132
z tętn. „	5166666	17500	1:295
„ językowéj	5000000	14333	1:348

Z tego zestawienia widzimy, że w krwi wypływającéj z żyły tarczykowéj znajduje się o wiele mniéj ciałek białych i czerwonych niż w tętnicy tarczykowéj a względnie

Tablica II[1]).

Data	Dzień choroby	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasn. lub alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.		Uwaga
									saméj treści	z dodat. HCl	
31 stycz.	3	r. 39·8 w. 40·2	30	kw. 0·3							J. Kob. l. 23. Obustronne zapalenie płuc włóknikowe. Rozpoczęto badania w 3cim dniu choroby.
1 lut.	4	r. 38·8 w. 39·5	130	oboj.				l. zmęc.			
2 „	5	r. 40·1 w. 40·5	90	„			ślad	„			
3 „	6	r. 39·5 w. 39·3	40	„							
4 „	7	r. 36.9 w. 37.4	90	kw. 10	wyr.	wyr.		wyr. zmęc.	4½ g.		
5 „		ciepłota prawidłowa	130	16	„	„		„	„		
6 „			110	12	„	„		„		4¼ g.	
7 „			85	18	„	„		„		2½ g.	
8 „			100	10	„	„		„		2¼ g.	

w tętnicy językowéj lub w żyle twarzowéj, a powtóre że ilość ciałek krwi w tętnicy tarczykowéj, językowéj i w żyle twarzowéj jest prawie sobie równa.

Biorąc średnie liczby z wszystkich doświadczeń otrzymujemy następujący wynik:

Krew	W 1 mm. sz. krwi ilość ciałek		Stosunek ciałek białych do czerwonych
	czerwonych	białych	
z żyły twarzow.	5409888	17552	1:308
„ tarczyk.	4171660	3638	1:1146
z tętn. „	5166666	17500	1:295
„ językowéj	5000000	14333	1:348

Porównywając ilość ciałek krwi tętnicy tarczykowéj z liczbą ciałek żyły tarczykowéj, przychodzimy do wyniku, że w 1 mm. sz. krwi, wziętéj z żyły tarczykowéj mieści się blisko o $^1/_5$ część mniéj ciałek czerwonych i około $^3/_4$ części mniéj ciałek białych, niż w równéj objętości krwi z tętnicy tarczykowéj.

Wynik ten ma tém większe znaczenie, jeżeli uwzględnimy, że w żyłach, jak wiadomo, bywa zazwyczaj większa ilość ciałek krwi niż w tętnicach.

Zachodzi teraz pytanie, jak wytłumaczyć ten ubytek ciałek czerwonych i białych w krwi żylnéj gruczołu tarczykowego?

Nim przystąpimy do odpowiedzi na powyższe pytanie, porównajmy stosunki krążenia krwi w gruczole tarczykowym z krążeniem w innych gruczołach, np. w śliniance. Wiadomo, że ślinianka podszczękowa psa, jakkolwiek dorównywa wielkością swą gruczołowi tarczykowemu, posiada o wiele cieńszą tętniczkę niż gruczoł tarczykowy. Otóż jeżelibyśmy porównali ilość krwi wypływającéj z żyły, to przy jednostajnych mniéj więcéj warunkach krew ze ślinianki wypływa o wiele szybciéj i obficiéj niż z żyły tarczykowéj, co dowodzi, że krążenie w gruczole tarczykowym odbywa się znacznie wolniéj niż w śliniance. Z tego zaś porównania okazuje się, że w ogólności ruch krwi w gruczole tarczykowym jest bardzo wolny. Uwzględniwszy tę okoliczność przypuścić możemy w ogóle dwie możebności w celu wytłumaczenia zmniejszenia się ciałek krwi w żyle tarczykowéj, a mianowicie: 1) w obec zwolnionego krążenia w gruczole tarczykowym wnika przez dyfuzyję do naczyń włosowatych gruczołu jakaś ciecz, która rozcieńcza krew żylną, w skutek czego mieści się teraz w 1 mm. sz. krwi żylnéj oczywiście mniéj ciałek niż w krwi tętniczéj, albo 2) z powodu zwolnionego krążenia zatrzymują się w gruczole tak ciałka białe jako też i czerwone i w ten sposób mniéj ciałek wypływa z krwią żylną z gruczołu.

Zastanówmy się, które z tych przypuszczeń jest prawdopodobniejsze. Ciecz, któraby wnikać mogła w gruczole tarczykowym do naczyń krwionośnych pochodzićby mogła tylko z pęcherzyków gruczołowych; zważywszy atoli, że wśród drażnienia nerwu krtaniowego górnego wypełniały się naczynia limfatyczne, można przypuścić, że treść pęcherzyków dostaje się raczéj do naczyń limfatycznych a nie do żył. Wykluczywszy zaś z pewném prawdopodobieństwem możebność rozcieńczenia osocza krwi żylnéj, orzec możemy, że ubytek ciałek krwi w żyle tarczykowéj pochodzi najprawdopodobniéj z zatrzymania się ciałek białych i czerwonych w gruczole tarczykowym, czemu sprzyja w ogóle bardzo wolne krążenie krwi. Wiadomo bowiem, że tam, gdzie prąd krwi jest zwolnionym (jak np. w pewnym okresie zapalenia lub po zatruciu kurarą), przyczepiają się do ścian naczyniowych głównie białe ciałka krwi i przechodzą nawet późniéj przez ścianę na zewnątrz naczynia. Jaki los czeka te ciałka po za obrębem naczyń, w téj chwili orzec nie mogę. Przypuszczenie jednak powyższe tłumaczy nam przynajmniéj, dla czego stosunkowo większa ilość ciałek białych niż czerwonych pozostaje w gruczole tarczykowym. O ile przypuszczenie to jest uzasadnioném, wspomnimy jeszcze, gdy będzie mowa o histologicznych zmianach gruczołu drażnionego.

Rozważając wyniki doświadczeń, w których drażniono na przemian nerw współczulny i nerw krtaniowy górny oraz wyniki doświadczeń, w których nie drażniono wcale wspomnianych nerwów, przychodzimy do wniosku, że między krwią żylną gruczołów w powyższy sposób drażnionych i niedrażnionych nie ma wybitniejszéj różnicy. Zdaje się jednak, że gdyby w jednym szeregu doświadczeń poddano drażnieniu przez dostateczny przeciąg czasu jedynie tylko nerw współczulny, w innych zaś doświadczeniach wyłącznie tylko nerw krtaniowy górny, wystąpiłyby może znaczniejsze różnice w składzie krwi W każdym razie nie omieszkam przedsięwziąć tego rodzaju doświadczeń dla uzupełnienia niniejszéj pracy.

Nie mogę również pominąć uwagi, że w niektórych doświadczeniach uwzględniałem wśród obliczań ilość płytek Bizzozery, nie doszedłem jednak w tym względzie do żadnego pewnego wyniku; ilość bowiem płytek wahała się nawet w jedném i tém samém doświadczeniu w szerokich granicach.

5) Mikroskopowy obraz gruczołu drażnionego w porównaniu z preparatami gruczołu niedrażnionego. — Po dłuższym czasie drażnienia nerwu współczulnego i nerwu krtaniowego górnego wycinałem gruczoł tak drażniony jak i niedrażniony i wkładałem je natychmiast już to do rozczynu Flemminga lub sublimatu, już téż do płynu Müllera lub kwasu chromowego, a najczęściéj do wyskoku. W barwieniu preparatów posługiwałem się pikrokarminem, safraniną według metody prof. Adamkiewicza, hematoksyliną, podwójném barwieniem według Garbiniego, wezuwinem i eozynem. Budowa gruczołu tarczykowego jest w ogóle dobrze znaną a różnice w zapatrywaniach niektórych autorów odnoszą się tylko do drobniejszych szczegółów histologicznych. Jak wiadomo gruczoł tarczykowy składa się z pęcherzyków gruczołowych i podścieliska. Pęcherzyki gruczołowe przedstawiają się w postaci kulek wydrążonych o różnéj średnicy zależnie od zwierzęcia i wieku. Pęcherzyki te są więc w sobie zamknięte i nie posiadają tak jak i gruczoł cały żadnego przewodu. Wnętrze pęcherzyków wyścielone jest jedną warstwą komórek przybłonkowych. Wysokość komórek przybłonkowych w porównaniu z ich szerokością jest największą u owcy, najmniejszą u człowieka, a u królika, psa i kota oba wymiary są sobie równe. Największa różnica zdań panuje co do obecności osłonki właściwéj (*membrana propria*), otaczającéj poszczególny pęcherzyk gruczołowy. Podczas gdy Frey (*Lymphbahnen der Schilddrüse* 1863) i Wölfler (*Über die Entwickelung und Bau der Schilddrüse mit Rücksicht auf die Entwickelung der Kröpfe* 1880) zaprzeczają istnieniu osłonki właściwéj, twierdzą Peremeszko, Kölliker, Zeiss (*Mikroskopische Untersuchungen über den Bau der Schilddrüse* 1886) i Cresswell Baber (*Researches on the minute structure of the thyroid gland* 1881), że osłonka właściwa istnieje i składa się według ostatniego autora z deli-

katnéj warstwy tkanki łącznéj, rozpostartéj pomiędzy przybłonkiem pęcherzyka a śródbłonkiem naczyń limfatycznych. Własne badania w tym kierunku przedsięwzięte przemawiają więcéj za obecnością delikatnéj osłonki, na któréj są usadowione komórki przybłonkowe pęcherzyka gruczołowego, lecz jakiéj natury jest ta osłonka, w téj chwili orzec nie mogę. Treść pęcherzyków jest za życia płynną, po śmierci jednak zdaniem Cresswella krzepnie, jak nie mniéj pod wpływem odczynników. Dosyć często napotyka się w treści pęcherzyków jądra okrągłe, połyskujące, a Cresswell Baber podaje, że czasem znajdują się w treści pęcherzyków czerwone ciałka krwi w różnym stopniu rozpadu i że u niektórych zwierząt (u żółwia) wędrują ciałka białe do wnętrza pęcherzyków. Podścielisko gruczołu stanowią liczne pęczki tkanki łącznéj, pomięszanéj z cienkiemi włóknami sprężystemi. Naczynia krwionośne rozgałęziają się wśród podścieliska i tworzą na zewnętrznéj powierzchni każdego pęcherzyka liczną delikatną siatkę naczyniową a według Zeissa naczynia włosowate posiadają liczne perełkowate rozszerzenia, które czasem wciskają się między komórki przybłonkowe. Na preparatach nastrzykanych masą klejową mogłem podanie to stwierdzić. Naczynia limfatyczne są dosyć liczne, biorą początek pomiędzy pęcherzykami gruczołowemi a według Freya kończyć się mają ślepo, czemu jednak Zeiss przeczy. Gęsta sieć nerwów biegnie głównie wzdłuż naczyń; tu i owdzie napotkać można komórki zwojowe już to odosobnione, już téż w gromadki ułożone.

Porównywając preparaty gruczołu drażnionego z preparatami gruczołu niedrażnionego zauważyć mogłem w ogólności następujące różnice, dotyczące: komórek przybłonkowych, treści pęcherzyków i naczyń limfatycznych.

Komórki przybłonkowe w gruczole niedrażnionym są ostro od siebie odgraniczone, posiadają pierwoszcze słabo się barwiące a jądra silnie zabarwione. Natomiast w gruczole drażnionym granice komórek nie są już tak ostre, komórki ułożone są blisko obok siebie, pierwoszcze barwi się dość dobrze, gdy tymczasem jądra posiadają o wiele słabszą barwę, są większe i okazują nieraz piękne figury karyokinetyczne. Zazwyczaj pięknie widać budowę nitkowatą jądra a blisko obwodu jądra liczne punkta węzłowe siatki, z któréj zbudowane jest jądro. Pierwoszcze komórek wydłuża się do wnętrza pęcherzyka a wierzchołek komórki przedstawia granicę zamazaną i jest nieco rozstrzępionym.

Treść pęcherzyków w gruczole niedrażnionym jest zwykle jednolita, drobnoziarnista, a tylko tu i owdzie widać w niéj kuleczki bezbarwne, dość silnie połyskujące. W gruczole zaś drażnionym treść przeważnéj części pęcherzyków składa się głównie z owych kuleczek jasnych, pokrywających się w części podobnie jak łuski ryby. Najwięcéj kuleczek znajduje się zwykle w pobliżu komórek przybłonkowych. Gdzie niegdzie w treści pęcherzyka napotkać można rozrzucone jądra, bardzo licho się barwiące lub też komórki przybłonkowe o brzegach poszarpanych.

Naczynia limfatyczne wypełnione są w gruczołach drażnionych taką samą treścią, jaka się znajduje w pęcherzykach; nie tylko bowiem jéj wejrzenie nie różni się wcale od treści pęcherzyków, ale także zachowanie się jéj względem różnych barwików i odczynników, jak np. jodu, alkalijów i kwasów jest jednakowe.

Nadto dodać muszę, że czasem stwierdzić mogłem obecność ciałek białych w podścielisku gruczołowém i że w niektórych miejscach widoczną była bezpośrednia komunikacyja między wnętrzem pęcherzyka a naczyniem limfatycznem, wypełnioném również taką samą treścią, jaka się w pęcherzyku znajdowała.

Na podstawie tego wyniku badań drobnowidowych możemy twierdzić, że komórki przybłonkowe gruczołu tarczykowego ulegają pewnym zmianom histologicznym w czasie swéj czynności fizyjologicznéj, aczkolwiek zmiany te nie są tak wybitne, jak np. w śliniance. Produktem czynności téj jest treść, znajdująca się we wnętrzu pęcherzyków gruczołowych, a składająca się w znacznéj części z opisanych powyżéj kuleczek połyskujących. Dotychczas uważano kuleczki te mylnie jako produkt patologiczny pod mianem kolloidu. Resztki komórek, napotykane w treści pęcherzyków, nie stanowią prawdopodobnie materyjału właściwego dla wytwarzania się wspomnianéj treści, lecz są to stare komórki przybłonkowe, które odpadłszy od osłonki pęcherzyka ulegają późniejszemu rozpadowi a z których najdłużéj utrzymuje się jeszcze jądro. Regeneracyja przybłonka postępuje drogą dzielenia się komórek przybłonkowych, za czém przemawiają figury karyokinetyczne. Treść pęcherzyków wydzieloną zostaje z gruczołu przez naczynia limfatyczne. Być może, że w tych miejscach, w których odpadły stare komórki przybłonkowe, rozstępuje się osłonka pęcherzyka pod siłą parcia cieczy nagromadzonéj wewnątrz pęcherzyka i przez tę szczelinę wydobywa się część treści pęcherzyka na zewnątrz, zkąd odpływa drogą naczyń limfatycznych. Jaką rolę odgrywają białe ciałka krwi napotykane w tkance podścieliskowéj, trudno określić i pytania tu się nasuwające, jak np. czy ciałka białe przyczyniają się do produkcyi treści pęcherzyków czy same ulegają jakiejś przemianie, czy służą jako przenośniki jakiegoś materyjału, czy też stoją na równi z wędrującemi ciałkami napotykanemi w innych narządach, pozostawić musimy nierozwiązane. W każdym razie obecność ciałek białych w podścielisku gruczołowém popiera nasze powyżéj wypowiedziane przypuszczenie, że ciałka białe przechodzą przez ściany naczyń w obec zwolnionego krążenia w gruczole, skutkiem czego krew żylna posiada zmniejszoną ilość ciałek białych. W końcu nie możemy pominąć uwagi, że badania drobnowidowe gruczołów po podrażnieniu wyłącznie tylko nerwu współczulnego lub n. krtaniowego górnego, byłyby także pod wielu względami bardzo pożądanemi i że jeżeli dotychczas nie podjęliśmy ich, to jedynie z téj przyczyny, że w tych doświadczeniach mieliśmy na celu naprzód przekonać się, czy w ogóle jakiekolwiek zmiany tą drogą wywołać można a powtóre otrzymać te zmiany w jak najwybitniejszéj postaci. (Dok. n.)

III. Sprawozdanie za r. 1884 z oddziału I, A) szpitala św. Łazarza w Krakowie zostającego pod kierunkiem prof. Dra Pareńskiego.

Napisał
Dr. Józef Kadyi,
lekarz pomocniczy w tymże oddziale.

W ciągu roku 1884 na oddziale I A. leczono 1426 chorych, tj. 831 mężczyzn i 595 kobiet. Najmniéj chorych

było w lipcu, najwięcej w maju. Pod względem wyników leczenia najpomyślniejszym był miesiąc maj, gdyż w miesiącu tym odsetka wyleczonych wzrosła do 42·1%, gdy tymczasem odsetka zmarłych opadła do 9·4%, tj. cyfry, od której nieco tylko pomyślniejszą październik wskazuje; natomiast w październiku odsetka wyleczonych przedstawia się znacznie gorzéj, bo tylko 35·4%. Największa zaś śmiertelność była w kwietniu (16·1%); gdy tymczasem najmniéj wyleczonych dal listopad (29·3%). — Z całéj liczby 1426 chorych zostało: wyleczonych 796 (55·8%), niewyleczonych 284 (19·9%, umarło 264 (18·5%), pozostało na rok następny 82 (5·7%). Na uwagę zasługują następujące choroby, już to ze względu na częstość, już to ze względu na charakter zakaźny; według ilości, w jakiéj się w szpitalu pojawiły, grupują się one w następującym porządku:

Pneumonia catarrhalis chronica 217 przyp., % śmiert. 46·7; *Bronchitis* 183 przyp., % śmiert. 13·5; *Pneumonia* 130, % śmiert. 20·8; *Catarrhus ventriculi vel intestinor.* 127 przyp. % śmiert. 5·7; *Febris intermittens* 59 przyp. % śmiert. 0; *Nephritis* 52 przyp. % śmiert. 20·4; *Typhus abdominalis* 52 przyp., % 18·3; *Vitia cordis* 38 przyp., % śmiert. 21; *Pleuritis* 34 przyp., % śmiert. 14·8; *Erysipelas* 33 przyp. % śmiert. 12 9; *Moribundi* 28 przyp., % śmiert. 100; *Typhus exanthematicus* 26 przyp., % śmiert. 16; *Dysenteria* 17, % śmiert. 0; *Scarlatina* 8 przyp., % śmiert. 25; *Morbilli* 7 przyp. % śmiert. 0.

Cyfry te oczywiście nie mają znaczenia w statystyce ogólno-lekarskiéj, gdyż nie wskazują ony nasilenia chorób zakaźnych w roku 1884, o ile mała tylko cząstka tych chorób do szpitala się dostawała. Również i odsetka śmiertelności nie jest bezwzględną raz dla tego, iż zestawiona została ze zbyt szczupłéj ilości przypadków, powtóre, że wliczony tu został niejeden przypadek, który właśnie dla ciężkości przebiegu do szpitala się dostał, lub też byłyto końcowe okresy chorób nieulecznych, częstokroć przypadki zaniedbane, dotyczące klasy ludzi ubogich, którym leczenie odpowiednie było niedostępne. Cyfry więc te dają jedynie pogląd na jakość i przebieg główniejszych chorób w szpitalu. Pouczają ony nas, że głównego przypływu chorych do szpitala dostarczają choroby płuc i przewodu pokarmowego. *Pneumonia catarrhalis chronica* góruje znacznie po nad innemi chorobami tak ilością jak i śmiertelnością. Sąto właśnie owe końcowe okresy suchot płucnych, szybko do śmiertelnego zejścia zdążających, częstokroć chorobami następowemi lub dodatkowemi powikłanych. Ztąd też śmiertelność jest tak znaczna, bo dotyczy chorych prawie umierających, a takich tylko niestety szpital pomieścić i przyjąć jest w stanie. Jedna jeszcze okoliczność zwraca naszą uwagę a mianowicie znaczna stosunkowo liczba chorych przywiezionych w stanie konania, którzy niebawem bez rozpoznania umierają. Dwadzieścia ośm takich przypadków na rok, to liczba zbyt wielka, aby ją w całości odnieść można do nieszczęśliwych przypadków prawie nagłéj śmierci z nieznanych powodów. Z pewnością część jakąś wypadnie policzyć na karb niedbałości i pewnego rodzaju obojętności, z jaką lud nasz chorobom się poddaje, szukając pomocy lekarskiéj dopiero wtedy, gdy spostrzeże oznaki zbliżającéj się śmierci. Kto wie, czy prócz tego niejeden taki umierający do szpitala dla tego tylko się nie dostał, iż nieco za prędko życie zakończył, tj. prędzéj nim się zdecydowano odwieźć go do szpitala.

I. *Pneumonia catarrhalis chronica.* Przeniesiono na inny oddział 2, opuściło szpital nieuleczonych 103, umarło 92, pozostało na rok 1885 20 chorych. Największéj ilości tych chorych dostarczył m. styczeń; najwięcéj umarło w m. kwietniu i czerwcu. Choroby następowe lub też przypadkowo się dołączające przydarzały się w następującéj postaci: 22 r. opuchlina, 6 r. zap. opłucny, 5 razy zwyrodn. skrobiowe nerek, 4 razy rozedma płuc, po 3 razy krwioplucie, pruchnienie kości, wrzód gruźliczy języka i odma piersiowa; po 2 r. gruźlica opon mózgowych, gruźlica prosówkowa i zapalenie ucha środkowego. Inne powikłania przydarzały się tylko po jednym razie.

II. *Bronchitis.* Przeniesiono na inny oddział 4, wyleczonych 128, niewyleczonych 15, umarło 23, pozostało na rok 1885ty 13. Najwięcéj chorych przybyło w m. styczniu, lutym i październiku. Najwięcéj umarło w marcu. Jako najczęstsze powikłania lub choroby następowe pojawiały się: rozedma płuc, opuchlina ogólna i miażdżyca tętnic. Z przytoczonych tu powikłań najczęstszą (82·6%) była rozedma płuc; puchlina była również dość częstém następstwem (32·1%). W przypadkach, które się śmiercią zakończyły najczęściéj, bo u 9 mężczyzn i 4 kobiet, zanotowano *emphysema pulmonum* i *hydrops*, śmierć następowała zwolna. Prócz tego zanotowano u jednego mężczyzny i 3 kobiet *marasmus.* W reszcie przypadków śmierć przyspieszoną została innemi chorobami a mianowicie: 2 razy *pneumonia catarrhalis chronica*; 1 raz *tumor hepatis*; 1 raz *nephritis chronica*; 1 raz *adynamia cordis ex atheromate arteriarum*; a w końcu 1 raz rozpoznanie brzmiało: *Bronchitis in asthmatico, intercurrente angina parenchymatosa et exsudato pleuritico dextro.* Przytoczę tu jeszcze w krótkości 2 przypadki *Bronchitis putrida*:

Bronchitis putrida in individuo cum pneumonia catarrhali chronica. Haemoptoe. Mors. Wyrobnik, 56 lat liczący, niezbyt dobrze zbudowany, dręczony kaszlem od 2ch miesięcy, przybywa do szpitala d. 3 sierpnia 1884 r., gdzie w dniu tym prócz kruczenia w jelitach i obłożenia języka znajdują się następujące zmiany w płucach: Granice płuc o jedno żebro obniżone. Szczyt płuca prawego z przodu daje odgłos wypukowy przytłumiono bębenkowy aż do 3 żebra, a z tyłu przytłumiony do grzebienia łopatki. Wdech z przodu szczytu prawego nieoznaczony, a wydech wyraźnie słyszalny, przedłużony, z tyłu oskrzelowy. Odgłos zaś wypukowy nad szczytem lewym jest z przodu przytłumiono-bębenkowy do 2 żebra, a z tyłu przytłumiony do połowy łopatki. Szmery oddechowe zachowują się tu tak samo jak w szczycie prawym. Reszta płuc nie okazuje nic uwagi godnego prócz zaostrzenia szmerów oddechowych. Plwociny brudne, rzadkie, cuchnące, z domieszką ropy. Oddech cuchnący. Ciepłota 40·0°C. Tętno 102. 9/8. Dotychczas stan prawie jednakowy. 10/8. Od 24 godzin krwioplucie bardzo obfite. 12/8 ciepłota rano 36·8°C., wieczór 37·8°C. Tętno 78. Plwociny obfite, brudno-różowawe. Kaszel niewielki. Cuchnienie przy kaszlu. Poty ciągłe. 16/8 ciepłota rano 37·8°C., wieczór 37·5°C., 96 tętno. Obfite krwioplucie. Podano pigułki *c. extr. secalis cornuti.* 18/8 plucie krwią nie ustaje; kaszel silny, cuchnący. 19/8 plucie krwią bardzo silne utrzymuje się. Ciepłota wieczór 38·0°C. 20/8 Pół blaszanéj miednicy czystéj krwi; chory bardzo osłabiony. Ciepłota rano 36·5°C. 21/8 podczas rannéj wizyty silny krwotok piersiowy. Ciepłota wieczór 39·0°C. 22/8. Kaszel ciężki, chwilami suchy, chwilami z czystą obfitą krwią. 23/8 stan ten sam. 25/8. Plwociny rzadkie barwy czekoladowéj, dość obfite. Ciepłota rano 37·6°C., wieczór 38·5°C. Tętno 108 nikłe. 26/8 zrana 37·7°C., wieczór o godz. 8éj śmierć.

Bronchitis putrida subsequente pneumothorace sinistro et exsudato pleuritico sinistro. Sanatio. Wyrobnik, 25 lat liczący, dobrze odżywiony, zachorował 3 tygodnie przed przybyciem do szpitala, dostawszy dreszczów, kłucia w boku lewym, kaszlu i duszności. Dnia 20 listopada 1884 r. przybył do szpitala w następującym stanie: Ciepłota 40·5°C. Język obłożony, podsychający; *coprostasis.* Wymiar poprzeczny serca powiększony. Z tyłu w dole płuca lewego mnóstwo drobnych mokrych rzężeń; tamże odgłos wypukowy krótszy w porównaniu ze stroną prawą. Zresztą nic uwagi godnego. 21/11. Ciepłota rano 38·5°C., wieczór 39·1°C., tętno 108 i 120. Plwociny obfite, zlewające się, śluzowo ropne. 22/11. Ciepłota rano 37·6°C., wieczór 38·4°C., 108 tętno. Plwociny mocno cuchnące. 25/11 stan ciągle jednakowy. 26/11. Ciepłota rano 38·0°C., wieczór 38·6°C., tętno 114. Plwociny ciągle obfite, brudne, cuchnące. Oddech mocno cuchnący. Stłumienie utrzymuje się po stronie lewéj z przodu i z tyłu od połowy łopatki ku dołowi. Oddech tu oskrzelowy; rzężenia dźwięczne, liczne. Kaszel silny. 30/11 rzężenie tchawicowe. 9 grudnia puchlina ogólna dosyć znaczna. Kaszel częsty, plwociny obfite, brudne, cuchnące. *Pneumothorax sinister.* 15/12. Plwociny mniéj obfite, silnie cuchnące. Puchlina ustępuje. 21/12. Duszność mniejsza, odpluwanie skąpsze. 22/12. Skarży się na odbijanie smolą. 30/12. *Pneumothorax* ustąpił. Stłumienie w dole po stronie lewéj sięga do połowy łopatki i nie zmienia się przy zmianie położenia chorego. Kaszel mały; plwociny ropne, niecuchnące, opuszcza szpitał. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Kendal Franks (Dublin): **O korzyściach zasady suchego opatrunku ran w chirurgii antyseptycznéj.** Podał Dr. R. Barącz.

Od czasów podania antyseptycznego opatrunku przez Listera sposób opatrywania ran uległ różnym zmianom. Idealną jest tylko rana podskórna unieruchomiona (Watson Cheyne). Nie osiągnęliśmy jednak tego ideału, metoda bowiem antyseptyczna pociąga za sobą niepokojenie rany przez szwy, przyrząd do drenowania i sam opatrunek. Główne przyczyny niepokojenia rany są mechaniczne i chemiczne; chemicznemi zaś mikroorganizmy wykluczone obecnie przez chirurgiję antyseptyczną i drażnienie materyjałem opatrunkowym.

Obecnie nikt nie zaprzeczy korzyści, jakie przynosi nie często zmieniany opatrunek, i jak ważną jest rzeczą przy pewnych operacyjach ścisłe unieruchomienie. Przy użyciu sposobu Listera nie da się rzadkie opatrywanie dokładnie przeprowadzić; istota antyseptyczna użyta jest za lotną, ażeby nam zapewniła antyseptykę na dłuższy przeciąg czasu. *Ol. Eucalypti* przedstawia te same niekorzyści (Lister). Przeciwnie sublimat podług Kocha posiada tę wyższość, że przy zwykłéj ciepłocie nie jest lotnym (w stosunku 1:3.000,000 wstrzymuje rozwój organizmów, a 1:20,000 zabija zarodniki *bacillus anthracis).*

Drugą niekorzyścią gazy karbolowéj jest mała zdolność absorbcyi. Gaza nieprzyrządzona z powodu tłuszczu, który zawiera, wchłania potrójną ilość płynu, odtłuszczona pięcioraką ilość płynu własnéj wagi. Gaza Listera wchłania mniéj będąc napojoną istotami żywicznemi. Bawełna odtłuszczona wchłania 15-raką ilość płynu własnéj wagi, mech 8mio—9-raką ilość, a bawełna drzewna 8-raką ilość płynu własnéj wagi. Najsilniéj więc wchłania bawełna, jednak niejednostajnie; przeciwnie własności rozdzielania się jednostajnego wchłanianego płynu posiadają mech i bawełna drzewna; mchu używa autor napawanego roztworem sublimatu 1:400, bawełny drzewnéj napawanéj roztworem 1:100, obu materyjałów zaś w workach gazowych. W ostatnich czasach używał autor mięszaniny bawełny drzewnéj ze zwykłą bawełną (8:2) podług zalecenia Brunsa z Tybingi. Bawełna drzewna napojona roztworem 1:1000 sublimatu jest dostatecznie antyseptyczną i posiada w wysokim stopniu własności wchłaniania. Autor trzyma się w ogóle zasady Sampsona Gamgeego, że wysuszanie z zachowaniem a zwilżanie z ropieniem idą w parze, przyrzuty rozwijają się na płaszczyznach wilgotnych a nie na piaszczystych pagórkach; to samo odnosi się do ran! Materyjał mocno wsiąkający ma także tę korzyść, że im więcéj płynu pochłania, tém dłuższego czasu potrzebuje do wysycenia i tém dłużéj może pozostać na ranie. Tego nie można odnieść do gazy Listera; ta będąc napojoną łatwo ulatniającym się karbolem, musi być częściéj zmienianą a wydzielina ran nie może w niéj tak łatwo się rozdzielić, gdyż przy saméj ranie oddzieloną bywa od téjże przez *silk* a zewnętrznie pokrywa ją *mackintosh*; przy użyciu waty natomiast po pierwszéj zmianie opatrunku po 24 godzinach następny i dalsze opatrunki leżeć mogą 10—14 dni, a ztąd słusznie noszą nazwę trwałych opatrunków. Opatrunki takie muszą być zmieniane dla wyjęcia szwów, ligatur i sączków. I téj niedogodności zapobieżono przez wprowadzenie materyjału resorbującego się do szwów i ligatur; F. używa prawie wyłącznie (w Adelaide Hospital) katgutu chromowego podług Listera, który go nigdy nie zawiódł, tj. ani nie pozostaje w ranie długo niezresorbowanym ani téż nie resorbuje się za szybko; to samo da się odnieść do katgutu sublimatowego podług Neubera z Kielu. Dreny resorbujące się, wprowadzone przez Macewena z Glasgowa i Neubera z Kielu, okazały się niepraktycznemi. To skłoniło Neubera do podania metody t. zw. „naturalnego drenowania“, w któréj prawie obejść się można bez drenów. W ten sposób przy zwyczajnych ranach operacyjnych, jak po wyłuszczeniu nowotworów, amputacyjach, resekcyjach kolana a nawet stawu biodrowego, obejść się można bez drenów; bardzo jednak ważną jest wtedy rzeczą dokładna hemostaza (wstrzymanie nawet sączenia z naczyń włosowatych). W tym celu wkłada autor pomiędzy płaty ran amputacyjnych gąbki napojone gorącą wodą ze sublimatem (1:2,000) i wyciska je uciskając na płaty; w ten sposób wstrzymuje sączenie a i rana dokładnie bywa oczyszczoną. Daléj ważną jest rzeczą dokładne zespojenie brzegów rannych i przeszkodzenie tworzeniu się jam w tychże. W tym celu robi autor przy amputacyjach płaty z okostnéj i zeszywa je pokrywając w ten sposób kość; mięśnie szyje osobno, powięzie osobno, skórę także osobno; najgłębsze szwy bywają przy tém szyciu najściślejsze, zewnętrzne najluźniejsze; w ten sposób toruje się możliwym wydzielinom drogę ku skórze. Pozostawiając jamy w ranie ułatwia się powstawanie wydzielin; po dokładném zbliżeniu brzegów rannych części przylegające zlepiają się od razu. Autor na poparcie korzyści takiego postępowania przy opatrunku ran przytacza niektóre przykłady ze swojéj praktyki. I tak przy radykalném leczeniu przepuklin w każdym z ostatnich przypadkach zeszył najpierw przecięte warstwy powięzi a następnie szwem ciągłym ukośnie założonym skórę, pozostawiając w górze rany fałd skórny niezeszyty dla drenowania w razie

potrzeby; na ranę zakładał gazę sublimatową zmaczaną w karbolu, na to poduszeczki z bawelny drzewnéj albo przyrządzonego mchu torfowego; po 10 dniach w każdym przypadku po téj operacyi *prima intentio*. Po wycięciu prawego płatu gruczolu tarczykowego, przyczém postąpiono w ten sam sposób (zeszywając dokladnie ze sobą części głębokie), po 10 dniach *prima intentio*. Wyłuszczając raka piersi wraz z gruczolami niezajętemi przez raka według propozycyi Kochera z Berna po 10—15 dniach po zdjęciu 1go opatrunku w kilkunastu w ten sposób operowanych przypadkach *prima intentio*; przy téj ostatniéj operacyi F. nie użył drenu nie zszywając dolnego odcinka rany na długość cala: w kilku tylko przypadkach był potrzebnym 2gi opatrunek.

W niektórych jednak przypadkach nie wystarcza pozostawianie szpar w brzegach rannych do drenowania, jak naprzykład przy resekcyi kolana. Przy tych ostatnich postępował Franks podług Neubera z Kielu; metoda polega na cięciu poprzecznem poniżéj rzepki; po skończeniu operacyi przedłuża się zakończenia cięcia obustronnie widełkowato, tj. pozostawia się między końcami cięcia języczek skóry z podstawą ku dołowi wierzchołkiem zaś ku górze; wierzchołki języczków wwija się w ranę po za kości, tak że stykają się one ze sobą, gdzie się je przyszywa do siebie katgutem; w ten sposób tworzy się naturalny kanał do drenowania po obu stronach stawu, kości szyje się drutem srebrnym; szynę obwija się także w bawełnę drzewną. W przypadku w ten sposób operowanym po zdjęciu opatrunku 21go dnia po raz pierwszy nastał kompletny rychłozrost z wyjątkiem 2 małych miejsc granulujących na bokach stawu; użyteczność odnogi była wkrótce zupelną. W przypadku wycięcia stawu biodrowego, w którym wydobyto zarazem $^2/_3$ szyjki kości udowéj, *acetabulum* wyskrobano i nekrotyczny *trochanter minor* usunięto, założono jednak i dreny prócz języczka podobnego jak przy resekcyi kolana dla drenowania — nastąpiło po 3 opatrunkach zupełne wygojenie (*Annals of Surgery* Vol. III, Nr. 2, February 1886).

C. S. Freund: **Sprawy zapalne w kościach wśród ozdrowienia z duru brzusznego.**

Autor spostrzegał w szpitalu WW. ŚS. we Wrocławiu 5 przypadków, z literatury zebrał 31. Na chorobę tę kości wśród duru brzusznego zwrócono dopiero przed niewielu laty bliższą uwagę, szczególnie zaś na związek jéj z durem. Występuje ona w czasie ozdrowienia, najczęściéj na końcu 2go tygodnia, rzadko w spadku gorączki i to rozwija się powoli, często niepostrzeżenie. Zrazu chory uczuwa sztywność i ociężałość w zajętéj odnodze, do tego przyłączają się, nieraz wśród lekkiéj gorączki, bóle z przerwami, wzmagające się przy ucisku i chodzeniu. Wreszcie występują lekkie obrzęki, skóra sama najczęściéj nie bywa dotkniętą i nie obrzmiewa.

Sprawa bywa ograniczoną, zajmuje tylko jedną kość, lub téż dotyczy więcéj kości i to albo jednocześnie, albo téż zajmuje kolejno jedną za drugą; kończy się zaś zupełnem wygojeniem, z wytworzeniem wybujałości kostnych lub bez nich, może wreszcie zakończyć się ropieniem lub nekrozą kości. Dotkniętą bywa przeważnie kość goleniowa, rzadziéj która z innych kości szkieletu. Dwie trzecie przypadków przypadało na wiek poniżéj lat 25; na płeć żeńską 2 razy więcéj niż na płeć męzką. Co do anatomicznéj podstawy tego cierpienia, autor przypuszcza, iż pierwotnie zajętą bywa kość sama w następstwie osiedlenia się prątków durowych w szpiku, następowo rozwija się zapalenie okostny.

W 4ch przypadkach był uraz bezpośrednią przyczyną; w kilku innych istniało usposobienie chorobowe (zołzy, gościec stawowy); w reszcie przypadków nie można było bliższéj przyczyny wykazać.

Leczenie polegało na wysokiém ułożeniu odnogi, na stosowaniu zimna, nalewki jodowéj, maści szaréj, na podawaniu wewnętrznie antipyrynu i salicylanu sodowego, a ewentualnie na zabiegu chirurgicznym odnośnie do ropni. Z 36 przypadków 3 zakończyły się śmiercią, jednakowoż ani jeden z powodu choroby kości. (*Dissert. inaug.* Wrocław; *Centralblatt f. Chir.*, 1886, Nr. 25). *Dr Gross.*

C. Lauenstein: **Uproszczona technika wyłuszczania kaszaków.**

Skóra pokrywająca większe kaszaki usadowione w powłokach czaszki bywa nieraz tak cienką, iż chcąc je wyłuszczyć w zwykły sposób, t. j. prowadząc cięcie skórne wzdłuż wypukłości guza, przecinamy bardzo często mimo wielkiéj ostrożności, wraz ze skórą i torebkę, natenczas treść wydobywa się na zewnątrz, torebka traci swe napięcie a przez to dalsze oddzielanie torebki od skóry staje się mozolném i trwa znacznie dłużéj.

Aby téj przykréj ewentualności zapobiedz, autor zmienia przedewszystkiém pierwsze cięcie w skórze a mianowicie robi je u podstawy guza w punkcie najniżéj położonym, w miejscu gdzie skóra z torebką nie jest ściśléj złączona, prowadzi je w kierunku promienia na 1—1$^1/_2$cm. długie; w szparę tę wprowadza trzonek noża lub inne tępe narzędzie i drogą tępą oddziela skórę od torebki, tyle, ile się da, teraz dopiero nożyczkami przedłuża cięcie skórne wzdłuż wypukłości guza i oddziela guz od reszty. Postępowanie dalsze nie różni się w niczém od powszechnie używanego.

Kto raz w ten sposób, kończy autor, wydobył kaszak pokryty mocno ścieńczałą skórą, ten nigdy już téj małéj operacyi nie rozpocznie od cięcia ponad wypukłością guza. (*Centralbl. f. Chir.*, 1886, Nr. 26). *Dr. Gross.*

(β.) **O przypadku raka ciekawym pod względem etyjologicznym** donosi Dr. F. Fraipont asystent uniwersytetu w Leodium (Liége). W tamtejszéj *Société médico-chirurgicale* przedstawiono 37-letnią kobietę, bezdzietną, a przytém histeryczkę, z powodu niezmiernie bolesnego obrzęku w lewéj, słabo rozwiniętéj piersi. Obrzęk ten wielkości jaja gołębiego, przytém łatwo przesuwalny, odnosiła chora do upadku na lewy bok, od czego już parę miesięcy upłynęło. Fraipont powodując się silnemi bólami choréj oraz ciągłém i szybkiém zwiększaniem się obrzęku wykonał odjęcie sutka. Wyjęty twardy guz zawierał w wnętrzu wśród zbitéj, ściśle zewsząd otaczającéj tkanki dwie 1$^1/_2$centymetrowe igły, tkwiące w nim w kierunku z przodu ku tyłowi. Po bliższém zbadaniu okazało się, że guz był rakiem. Nie bez znaczenia jest ten przypadek, ze względu na możliwe powstawanie złośliwych nowotworów.

(β.) Dr. Fraipont dokonał u młodéj dziewczynki **wycięcia stawu łódko-skokowego** z powodu silnego bólu, jakiego doznawała w obu stopach. Operacyja została wykonaną według Ogstona, który metodę swą 17 razy z pomyślnym skutkiem zastosował. W powyższym przypadku odjęto całe tyłonoże, końce tylne 3ch kości śródstopowych i przednie części kości napiętkowéj i piętowéj, a to z powodu próchnienia śródstopia. Rezultat pod względem czynnościowym był nader pomyślnym. (*Deutsche Medicinal Ztg.*, 1886, 12 lipca, Nr. 56).

△ Dr. Zawaryhin okazał w Towarzystwie lekarzy rosyjskich preparat raka usadowionego na tętniaku tętnicy głównéj. Chora licząca 69 lat przyszła do szpitala skarżąc się na

bóle w pasie, trwające już 2 lata. W jamie bzusznéj obok *linea alba* znaleziono obrzęk, którego przyrody nie podobna było dokładnie rozpoznać, przypuszczano jedynie tętniak. Sekcyja wykazała, że tętniak wielkości orzecha laskowego był otoczony nowotworem. (*Wracz* 1886, Nr. 21).

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Pomimo licznych rzek obfitujących w dobre gatunki ryb prawowierny Pers wcale ryb nie jada. Powodem tego jest wstręt oparty na podaniu, że w chwili, gdy siepacze kalifa Jeryda mordowali członków rodziny Alego, ryby w Eufracie przypatrując się tym scenom, zdawały się być ożywionemi niezwykłym ruchem i ukazywały się w pobliżu wybrzeży, odbywały skoczne ewolucyje jakby się ciesząc z dokonywanego morderstwa na niewinnych! Prawdopodobna, że jakiś z trudniéj trawiących „imamów seidow“ wyklął ten rodzaj wodnych mieszkańców, co wystarcza, ażeby pogarda ryb przetrwała aż do dni naszych. Dotyczy to jednak wyłącznie ryb wód słodkich. Bo ryby morskie (których ogromną ilość dostarcza handel rosyjski i połowy w zatoce perskiéj) nie należą do wyklętych i są jadane z apetytem właściwym tutejszym smakoszom, jużto suche jako przyprawa poprzedzająca inne dania, lub téż usiekane z ryżem i rodzynkami i zapieczone w cieście. Jednakże ryba w ogóle rzadko figuruje na stole Persa a najczęściéj zastępują ją kawiorem nieczystym jednak, lecz pomięszanym z siekanemi orzechami, serem, pietruszką, z soczystemi liśćmi z *Portulacca* z dodatkiem płynnego masła lub usiekanego jaja. Podobna mieszanina już sama przez się bardzo pożywna bywa zwykle używaną wieczorem w ciągu muzułmańskiego postu zwanego Ramazan. Mała już jéj ilość podnieca pragnienie do wysokiego stopnia, które uśmierzane herbatą lub maślanką, pozwala amatorom pozostać często kilkanaście godzin bez przyjęcia innego rodzaju posiłku.

W dębowych lasach Lurystanu, w gęstych zaroślach Gulanu i Merenderanu, a także w topolowych alejach istniejących przy każdym większym ogrodzie zwykła się znajdować niemała ilość bedłek i grzybów zbieranych przez wieśniaków i przez nich jedynie używanych. Bez różnicy odmiany przed użyciem poddaje się je moczeniu w wystałém kwaśném mleku. Po upływie kilku godzin podsusza się i podaje się pieczeniu na żarze, konsumując bez żadnych innych dodatków. Jestto pokarm używany prawie wyłącznie przez koczujące plemiona kurdzkie. I w czasie przeszłorocznéj epidemii dżumy w Lurystanie, z powodu bardzo wysokich cen jęczmienia używanego na przygotowanie chleba, ludność kurdzka zastępowała ten ostatni rozmaitemi odmianami bedłek, i jak mnie zapewniano, nie narzekała na tego rodzaju pożywienie. Tutaj jednak nie jakieś własności pożywne, lecz tylko nędza były powodem pogodzenia się z ciężką koniecznością i nie narzekania na brak chleba, podczas gdy go zamożniejsi nawet z trudnością tylko mogli byli dostać. W takichto właśnie okolicznościach znajdowano jeszcze znakomity środek pożywczy w ogromnych ilościach Manny („Tereudzewiu neboty“), jaka tu się wytwarza rok rocznie, w okresie czasu rozpoczynającym tutejszą wiosnę, tj. od końca marca do maja. Powstanie jéj mieszkaniec tutejszy przypisuje tak zwanemu „hymet“, sile nadprzyrodzonéj, coś w rodzaju naszéj Opatrzności, trzymającéj wór obfitości, zawierający wszystko, co służy do zaspokojenia potrzeb człowieka. Korzystać z podobnego daru, każdy poczytuje sobie za obowiązek. To téż bez względu na urodzaj, gdy tylko nadejdzie pora manny, całe koczujące plemiona spieszą, aby ją co rychléj zebrać i starannie przechować. Z niéj bowiem otrzymuje się najprzód słodko kwaskowaty ulepek, który zamięszany z zimną źródlaną wodą zastępuje powszechnie używaną maślankę, orzeźwia i zarazem uśmierza pragnienie. Wyciśnięta masa poddaje się następnie wysuszeniu, mięsza się z pewną ilością mąki kukurydzanéj, polewa się masłem i ugnieciona na ciasto, dzieli się na bochenki dające się przechować bardzo długi czas. W razach tedy, gdy zabraknie świeżego jęczmiennego podpłomyka, ciasto mannowe zastępuje go w zupełności będąc lżejszém i stosunkowo daleko strawniejszém. A gdy przy składzie szczęśliwych okoliczności, pośród trzód, owiec i kur nie panują właściwe choroby, wtedy przy zasobie nabiału i posiadaniu gomółek mannowych, ludność podobnych okolic uważa się za szczęśliwszą od innych. Pomimo to jednak nadmierne używanie podobnéj mięszaniny, dalekie od własności zaspokojenia żołądka, choć i uśmierza na chwilę uczucie głodu, to jednocześnie wywołuje objawy chorobowe ze strony narządu moczowego, i jak tu sądzą jest przyczyną wywołującą cierpienia przynerczy, moczowodów, zmniejszonéj wydzieliny moczu, znacznie poniżéj prawidłowéj jego ilości, większe wytwarzanie się szczawianów i wreszcie tworzenie się osadów w pęcherzu. Tak, że jeżeli z jednéj strony posiada się środek do usunięcia złego, to z drugiéj ten sam środek sprzyjający rozwojowi wyż wspomnionych cierpień, można uważać za szczególnego rodzaju klęskę. Byłoby téż pożądaném, gdyby ludność kurdzka odwróciła się od namiętnych uganiań się za zbieraniem manny i zajęła się bardziéj uprawą roli czekającéj tylko, aby przyjąć ziarno i wydać plon bujny. Niedbali jednak w stósowném zużytkowaniu przestrzeni, na których zwykli rozpinać swe namioty, starają się zaspokoić potrzeby żołądka nie nużąc się zbytecznie, znajdując środek w samych darach natury. Nie kochając się w uprawie ogrodów, nie kultywując jarzyn, zastępują je roślinami, jakie znajdują w obfitości po skałach odwiedzanych przez górali. Jedną zaś z roślin używanych powszechnie przez koczujące plemiona kurdzkie, jest to odmiana bodiaku (*Cirsium myryophyllum)*, pokrywająca znaczne przestrzenie górskich dolin Elwendu, Dychbala, Szebryzoru itp. Potężne korzenie i bujne łodygi téj rośliny ścinane w maju jeszcze przed wydaniem owocu, oczyszczone z górnych liści i pozbawione korowéj powłoki pokrywającéj powierzchnię korzenia, są soczyste, smaku kwaskowato-cierpkiego, posiadają właściwy sobie aromat i bywają jadane jużto surowe z dodatkiem pieprzu, lub téż odgotowane w mleku i utarte dają rodzaj gęstéj zupy, co do smaku zbliżającéj się do przygotowanéj w tenże sposób naszéj dyni. Jestto strawa używana w ciągu lata, podczas gdy ze zbliżeniem się jesieni, gdy potrzeba wykonać zmianę koczowisk, korzeń téj rośliny zebrany w znacznéj ilości wystarcza na czas jakiś i zwykł zastępować zwykłą jarzynę. Żołądek koczującego Kurda przyzwyczajony więcéj do surowizn niż gotowanéj strawy, wybornie znosi szczególną tę jarzynę, którą nawet przy zbliżeniu się do miast przynoszą na targ wychwalając jako z gór pochodzącą rzadkość szczególnéj wartości, na tém głównie zależącéj, że tak jéj liście jak i korzeń, jadane w jakimkolwiek stanie, nigdy nie wywołują cierpień ze strony narządu trawienia. Zdaje się jednak, że podobną własność należy tylko przypisać stosunkowo małéj ilości jadanéj jarzyny. Rozbiór bowiem, jakiemu poddałem liście i korzeń, wykazał

że prócz cukru gronowego, skrobi, śladów fosforanu wapna, krzemionki i wody zawierają one jeszcze olejek lotny przenikającéj woni i istotę gorzką, nieco lepką, nierozpuszczalną w zwykłych cieczach eterowych, łatwo łączącą się z płynami oleistemi, prawdopodobnie należącą do wielkiéj grupy sinków. Taki jéj skład chemiczny pozwala zrobić przypuszczenie, że gdyby roślina w znaczniejszéj ilości została wprowadzoną do żołądka, bez wątpienia nie zostałaby strawioną bez wywołania pewnych dolegliwości. I jeżeli podobną górską nowaliję rzadko tylko spotykałem przy rannych posiłkach w domach zamożniejszych, to nie wątpię, że przyczyną tego było przekonanie o jéj niestrawności.

Wilczy apetyt tutejszego pospólstwa najlepiéj da się ocenić w epoce, gdy drzewa pokrywają się owocem, gdy w lasach ukazują się poziomki, w zaroślach jeżyny, a na basztanach ogórki, melony i kawony. Persyja tak hojnie uposażona w ogrody, posiada wszystkie prawie gatunki owoców właściwych strefom północy i południa. Poczynając bowiem od jabłek, gruszek i śliwek z Azejberdżanu, soczystych i aromatycznych „mandarynek“ z Mezenderanu, najprzedniejszych winogron z okolic Szyrasu i Hamadanu, od upajającéj swym zapachem pigwy z ogrodów Ispahanu, aż do daktyli i bananów z okolic Buszyru, jest tu czém nietylko upoić oko ale i zadowolić smak najbardziéj grymaśnego sybaryty. Ta jednak ogromna ilość owoców to nowa klęska dla mieszkańców. Okazując bowiem wschodnią cierpliwość w każdéj innéj okoliczności, nie zachowują jéj wcale, gdy potrzeba doczekać się właściwéj pory dojrzewania owoców. Zaledwie bowiem drzewo okryje się swym rocznym plonem, już całe gromady kobiet i dzieci biegną do ogrodu, zrywają niedojrzały owoc i wychwalając, że posiada smak płynnego miodu, pożerają go całemi masami. Skutki patologiczne podobnéj łakoméj niecierpliwości są bardzo jawne. I jeżeliby podobne nieoględne postępowanie było tylko dziełem kobiet i dzieci, możnaby je było uważać za wybryk i pominąć milczeniem, lecz i mężczyzni nie lepiéj postępują. Zwykle nad wieczorem zasiadają w ogrodach lub basztanach i aby się orzeźwić, jak powiadają, delektują się niedojrzałym owocem drzew, lub znowu oddają się prawdziwéj grabieży zielonych winogron i przejrzałych kawonów. Ogórek wreszcie dopełnia miary, a czasza nie zawsze dobréj jakości wody kończy podobną rozrywkę, opłacaną zwykle powikłaniami ze strony narządu trawienia, na które pisane amulety nie wywierają żadnego wpływu, a znaczna śmiertelność, mianowicie pośród dzieci, jest smutném następstwem podobnych na pół dzikich nadużyć. Jednakże niemała część owoców ulega przeróbce cukrowniczéj i suszeniu przedniejszych gatunków śliwek i brzoskwiń, które w takim stanie są przedmiotem znacznego wywozu. Pewna ich ilość pozostawiona na użytek domowy, służy do przygotowania tak zwanego chosz-ab, właściwie odwaru z owoców, do którego dodana pewna ilość miodu lub cukru trzcinowego, daje napój prawdziwie orzeźwiający, a jednocześnie i sprzyjający łatwiejszemu przełknięciu suchych mas pilawu. Brzoskwinie po usunięciu pestki wypełnione też tłuczonemi migdałami, pistacyją, gwoździkami i następnie wysuszone służą zimą do przygotowania sławnego „nal-misz“, przyprawy do jagnięcego mięsa, figurującéj przy każdém bardziéj etykietalném przyjęciu. Z pigwy wyrabia się sławna i niezaprzeczonéj dobroci ispahańska „halwa“, rodzaj tureckiego „rohatlukuni“, wybornego smaku i uważana za środek posiadający własność rozmiękczającą i ściągającą zarazem. Wreszcie młode ogórki oczyszczone z ziarnek i poddane uciskowi dla oddalenia zawartéj w nich wody, są następnie poddawane gotowaniu w ulepku czystego cukru aż do stopnia wyparowania płynnych części. Wtedy wkładają się w świeżo przygotowany ulepek, poddają się powtórnemu gotowaniu aż do otrzymania z nich masy stwardniałéj i w zupełności przesiąkniętéj cukrem. Po kilkorazowém oblaniu ich zimnym odwarem z muszkatołowych gałek, krają się na podłużne kawałki i przechowują w odpowiednich glinianych naczyniach. Tak przygotowana ogórkowa konfitura nietylko że jest wyborną, ale cieszy się jeszcze i własnościami leczniczemi. Kobiety i dziewczęta dotknięte stanem blednicy, cierpiące na białe uplawy, z trudnością przebywające stan ciąży używają téjto słodyczy, w przekonaniu, że doznają ulgi, a nawet że zostaną wyleczone. W pewnych chorobach skórnych u dzieci, jak liszaj, łupież i prosówka, sok z podobnie przygotowanego ogórka ma oddawać istotne usługi. Wreszcie damy dbałe o świeżość skóry, przygotowują mięszaninę z koźlego łoju i ogórków, która ostygła tworzy rodzaj toaletowych mydełek, znajdujących tu bardzo obszerne zastosowanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·1. Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z dławca i błonicy 1 (1 z. t.), z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku dławca i 1 duru brzusznego. W tygodniu od 29 sierpnia do 4 września umarło z ospy: w Warszawie i Pradze po 1, w Budapeszcie 31, w Rzymie 6, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło: w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło: w Petersburgu 9. Z cholery umarło w Tryjeście 35. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 6, w Budapeszcie 6, w Paryżu 31, w Londynie 17. Z odry umarło: w Paryżu 24, w Londynie 20. Z płonicy umarło: w Warszawie 10, w Budapeszcie 16, w Londynie 13. Z dławca i błonicy umarło: w Berlinie 31, w Hamburgu i Paryżu po 13, w Londynie 16. Z krztuśca umarło: w Paryżu 12, w Londynie 18.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 sierpnia do 4 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; we Lwowie 28,7; w Brodach 35,7; w Drohobyczu 30,3; w Kołomyi 30,6; w Przemyślu 27,3; w Stanisławowie 33,1; w Tarnopolu 16,6; w Tarnowie 24,5; w Czerniowcach 26,5; w Warszawie 25,2; w Poznaniu 17,5; w Wiedniu 28,2; w Salcburgu 27,5; w Gracu 29,6; w Tryjeście 56,0; w Insbruku 26,1; w Pradze 31,0; w Bernie 38,4; w Opawie 33,2; w Berlinie 35,7; we Wrocławiu 38,9; w Gdańsku 36,7; w Dreźnie 31,3; w Hamburgu 34,3; w Kolonii 35,5; w Lipsku 31,5; w Mnichowie 34,8; w Strasburgu 36,2; w Amsterdamie 26,0; w Bazylei 14,0; w Brukseli 25.9; w Budapeszcie 34,8; w Chrystyjanii 25,4; w Genewie 19,5; w Kopenhadze 31,3; w Londynie 16,7; w Odesie 44,0; w Paryżu 25,3; w Petersburgu 25,2; w Rzymie 23,9; w Stokholmie 22,5; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 21,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 września. *Hannibal ante portas* —, od tygodnia grozi Europie środkowéj zaraza wieku 19go, która tym razem wyszedłszy znów z leży swoich nad Gangesem od lat 3, odkąd tak ciężko dała się we znaki Aleksandryi, ciągle wisi nad nami jak miecz Damoklesa. Tym razem pochód jéj nie jest tak szybkim, jak dawniéj, jeżeli uwzględnimy komunikacyje obecne. Z Aleksandryi dostała się do Marsylii i wybrzeża południowego Francyi, następnie do Neapolu i wybrzeża toskańskiego; w roku bieżącym pojawiła się z wiosną w Wenecyi i miastach pobliskich północno-włoskich, zkąd w lecie dostała się do Tryjestu i Rjeki, nagabując przeważnie wybrzeża, a je-

żeli zachodziła nieco głębiéj, jak dawniéj we Francyi i we Włoszech, to słabła widocznie w miarę oddalenia się od wybrzeży. Była więc nadzieja, że tym razem nie dotrze do Europy środkowéj, a nadzieja ta wpłynęła na pewne zobojętnienie władz i ludności w obec groźnéj zarazy. Tymczasem nagle jak grom z pogodnego nieba doszła nas wiadomość o wybuchu epidemii w Budapeszcie i Raab; wiadomość ta przeraziła wszystkich z powodu, że cholera w pochodzie swoim pełzającym zrobiła nagle skok nie mały z Chorwacyi do stolicy węgierskiéj z pominięciem całych Węgier południowych; słuszna więc zachodzi obawa, że lada dzień ukazać się może w Wiedniu lub nawet w miejscach odleglejszych. Rzecz dziwna, że znów w Budapeszcie powtórzyło się to samo zjawisko, które we Francyi i Włoszech w swoim czasie wywołało oburzenie; oto przez cały tydzień urząd lekarski zataił istnienie cholery, występując wreszcie nieśmiało z twierdzeniem, że pojawiła się *cholera nostras*; pomimo, że zatajenie złego okazało się tak zgubném gdzieindziéj. To téż nie czekając na doniesienia urzędowe Rada najwyższa sanitarna w Wiedniu zebrała się natychmiast i zarządziła stosowne środki przygotowawcze dla stolicy, jakkolwiek tam przypadku cholery dotąd nie było. I u nas p. prezydent miasta zwołał już d. 18 bm. komisyję wykonawczą celem naradzenia się nad zlokalizowaniem pierwszych przypadków, u nas pojawić się mogących. Niestety u nas zadanie trudniejsze, aniżeli w Wiedniu; nie mamy dotąd wody należytéj, wychodki nasze znajdują się w stanie, urągającym wszelkim wyobrażeniom tegoczesnym, a czystość, powierzchownie po ulicach przestrzegana, wewnątrz domów, jest chyba muzyką przyszłości. Potrzeba pracy olbrzymiéj, aby przygotować się należycie na przyjęcie gościa niepożądanego, ale przy dobréj woli i energii, jakiéj nie brak władzom, wszystko jest możebném, jakkolwiek zadanie jest bardzo trudném, jeżeli usiłowania władz nie doznają poparcia ze strony jednostek, a przedewszystkiém właścicieli domów. Spodziewajmy się, że w obec grożącego niebezpieczeństwa usiłowania zjednoczą się i że każdy poczuje się do obowiązku przyjścia w pomoc zabiegom władzy autonomicznéj.

* Opróżnioną jest posada lekarza miejskiego w Kozłowie. Płaca roczna wynosi 550 zła., *officiosa* do 300 zła. Ludności jest 7000, okolica dobra, tak że lekarz sumienny i chętny do pracy może mieć 2—3000 zła. dochodu. Bliższych informacyj udzieli aptekarz tameczny p. Błachowski.

* **Wiedeń**. Przebudowany z Gewehrfabrik gmach dla anatomii opisowéj jest na ukończeniu i oddany będzie z początkiem października uroczyście w obecności p. Ministra na użytek Wydziału lekarskiego. Gmach ten jest okazały i godny szkoły wiedeńskiéj oraz innych budowli pomnikowych stolicy; szkoda tylko, że znajduje się na ulicy, będącéj obecnie jedną z głównych żył komunikacyi, gdzie razi już sam przez się publiczność, a z drugiéj strony gwar uliczny może stanowić przeszkodę dla pracujących.

Prof. Arlt przebył amputacyję podudzia, która okazała się konieczną z powodu zgorzeli. Operacyi dokonał prof. Dittel, a stan ogólny chorego ma być zadowalający, tak że jest nadzieja utrzymania go przy życiu.

* **Berlin**. D. 18 bm. rozpoczął się 59ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich; zgłosiło się 4300 członków i uczestników (z Krakowa pojechali na Zjazd proff. Adamkiewicz, Wróblewski, Domański, Obaliński, ze Lwowa prof. Kadyi). O godzinie 11éj zagaił prof. Virchow pierwsze posiedzenie ogólne w cyrku Renza w obecności zgromadzonych przeszło 5.000 osób. następnie odczytano pismo cesarzowéj Augusty, poczém imieniem ministra oświaty podsekretarz stanu Lucanus, w imieniu stolicy burmistrz Forkenbeck, a imieniem uniwersytetu rektor przywitali zebranych. Na miejsce przyszłego Zjazdu wybrano Wiesbaden, a przewodniczącymi Freseniusa i Pagenstechera. Na pierwszém posiedzeniu ogólném mieli wykłady: Virchow, Werner Siemens o wieku przyrodniczym i Bardeleben młodszy o ręce i nodze.

Dniem wprzódy otwartą została wystawa przedmiotów naukowych w gmachu Akademii w obecności ministrów Bötttichera i Scholza oraz innych dygnitarzy. Po przemowie Bardelebena starszego Virchow w odpowiedzi wskazał na ważność wystawy i ogłosił ją za otwartą. Wystawa mieści się w 16 salach Akademii składając się z tyluż oddziałów.

(β.) W Szwecyi przybędą w najbliższym czasie do dwóch dotychczas istniejących wszechnic w Upsali i Lund dwie nowe, mianowicie w Stokholmie i Gothenbergu.

(β.) W Neapolu wchodzi coraz bardziéj w modę picie krwi bydlęcéj. Codziennie można widzieć mnóstwo osób, przeważnie z inteligencyi i wyższych sfer, między godziną 8—10 raną spacerujących po urządzonéj umyślnie w tym celu hali i pijących ciepłą krew bydlęcą z tuż obok położonéj rzezalni.

* **Wiadomości osobowe**. Mianowani: lekarzem starszym w armii czynnéj Dr. Antoni Schwenk; starszym lekarzem w rezerwie: Dr. Andrzéj Jéż; lekarzami asystentami Dr. Franciszek Gąsiorek i Józef Stoklassa.

* **Nekrologija**. We Wiedniu umarł pensyjonowany jeneralny lekarz sztabowy Dr. Zygmunt Bernstein w 74 roku życia. Zmarły służył jeszcze pod Radeckim i brał udział we wszystkich kampanijach włoskich oraz w czeskiéj; przez dłuższy czas był szefem sanitarnym w Czechach i używał w Pradze powszechnego poważania.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 9: Krówczyńskiego: O odziedziczaniu ze stanowiska patologicznego (dok.). — W *Medycynie* Nr. 38: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu przez Dra Dujardin-Beaumetza. O ilości pożywienia. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 38: Drobnika: O stosunku n. zwrotnego czyli wstecznego do tętnicy tarczowéj dolnéj; Matlakowskiego: 36 przypadków przetok moczowych (c. d.); Zabłudowskiego: Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 3: Gluzińskiego: O zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych; Prusa: Kilka uwag o zachowaniu się krwi bielicowéj; Schattauera: O 2 laparotomijach z powodu wgłobienia jelit (dok.).

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. B. Wicherkiewicz. Ósme sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1885.

Wierny chwalebnemu zwyczajowi zdaje Dr. W. już po raz ósmy sprawę z chlubnéj działalności swojego Zakładu. Sprawozdanie dzieli się na dwie części. Pierwsza obejmuje kronikę i wiadomości dotyczące administracyi Zakładu oraz spis składkujących. W części drugiéj podane są wiadomości lekarskie.

Liczba chorych leczonych w klinice ruchoméj wzmogła się znacznie w roku ubiegłym i wynosiła 3612; chorych stałych leczono w klinice prywatnéj 71, w zakładzie ubogich 565. Sejm prowincyjonalny podwyższył zapomogę do 6.000 mk. z warunkiem bezpłatnego leczenia i utrzymywania 150 chorych rocznie. Zakład uczynił więcéj, gdyż rozciągnął to dobrodziejstwo do 273 osób. Liczbę łóżek pomnożono o 10, tak, iż obecnie ma ich (a względnie pokoi) klinika prywatna 10, klinika ubogich 60. Posadę asystenta objął po Drze Kapuścińskim od 1 stycznia 1886 r. Dr. Sroczyński, mieszkający w Zakładzie. Dochód wynosił z górą 16.000 mk., do ściągnięcia pozostało okrągło 6.000 mk. zaległości. Stałe wpłaty na zakupienie miejsc w Zakładzie uczyniły 210mk., dary w gotówce 181mk., prócz artykułów żywności, starego płótna i bielizny.

W części drugiéj podaje autor tablice wykazujące chorych pod względem wieku, płci, pochodzenia i wyniku leczenia. Wyzdrowiało 2623, polepszenie odniosło 128, nie wyleczonych było 7 osób. Z powodu nieuleczności wcale nie leczono 21 chorych. Po jednorazową poradę zgłosiło się 734. pozostało w leczeniu 99. Z ogółu 3612 chorych było Polaków 2342. Niemców 932, Żydów 325, innych narodowości 13.

W klinice ubogich leczono 565 chorych przez 14.270 dni, na jednego chorego przypada więc średnio 25·27 dni. W drugim rozdziale „Wiadomości kliniczne“ podaje autor dla użytku publiczności rady higijeniczne dla chorych na oczy i wskazówki zachowania się po opuszczeniu zakładu, mówi o jaglicy i daje rady, jak uniknąć zarażenia się i zapobiegać rozpowszechnieniu się téj istnéj plagi, zwłaszcza uboższych klas ludności. Następnie mówi Dr. W. o używanym przez się wypłukiwaniu komórki przodkowéj podczas operacyi zaćmy, podnosi jego korzyści i dodaje w końcu, że zaniechał przepłukiwania środkami przeciwgnilnemi jako zbyt drażniącemi a używa obecnie wody słonéj (0·7%) przesączonéj, odgotowanéj a następnie ostudzonéj. Mówiąc

o kokainie oświadcza autor, że po jego użyciu nie zdarzyło mu się widzieć żadnéj takiéj zmiany na oku, któráby lekowi temu wyłącznie przypisać należało. Jedyny zarzut tyczy się zbyt silnego obniżenia napięcia oka, skutkiem czego brzegi rany po operacyi zaćmy doznają do pewnego stopnia przesunięcia i nie łączą się z sobą dość ściśle a w następstwie pozostaje w rzadkich przypadkach zaćmienie rogówki zmniejszające osiągniętą bystrość wzroku.

Następny rozdział C. zawiera zastawienie chorób ocznych według pojedynczych części oka osobno z kliniki ruchoméj a osobnéj ze stałéj.

Z podanego pod D. wykazu operacyj dowiadujemy się, że większych operacyj ocznych uskuteczniono 462, a z tych 441 ze skutkiem dobrym, 19 z miernym, 2 zaś bez skutku. Operacyj zaćm wykonano ogółem 103, a mianowicie sposobem autora (z wypłukaniem) 4 (z tych 45 z dobrym a 1 z miernym skutkiem); innym sposobem 57 (z tych 51 z dobrym, 4 z miernym a 2 bez skutku).

Tutaj pozwolimy sobie zwrócić uwagę szanownego kolegi, że „zaćmę strefiastą *Cat. zonularis*“ lepiéj zastąpić „zaćmą warstwową“. Również należałoby zamiast „wzrost rzęsów“ używać „dwurzędność rzęs“.

Żałując, że przeznaczenie naszego pisma nie pozwala nam podać więcéj szczegółów z ciekawego pod każdym względem sprawozdania, kończymy tę krótką wzmiankę szczerém życzeniem ciągłego, jak najpomyślniejszego rozwoju dla Zakładu, który swojemu zacnemu kierownikowi przynosi prawdziwą chlubę a zasługuje na najgorętsze poparcie społeczeństwa oddając mu prawdziwie znakomite usługi. *Rydel.*

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. BUSZEK: Sprawozdanie fizyka stoł. król. m. Krakowa za r. 1884. Kraków 1886 in 8vo str. 353. (O dziele tém zdamy obszerniejszą sprawę).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtor. arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 października 1886. № 40. Rok XXV.

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego.

Podał
Dr. Jan Prus,
asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Rzućmy teraz okiem na ogólny wynik naszych badań.

Przedewszystkiém badania te przemawiają za tém, że gruczoł tarczykowy niewątpliwie spełnia jakąś właściwą sobie funkcyję, za czém świadczy z jednéj strony obecność nerwów zwężających i rozszerzających naczynia gruczołu, a z drugiéj strony zmiana w komórkach przybłonkowych wśród drażnienia tych nerwów. Dziś jednak nie jesteśmy jeszcze w stanie bliżéj określić téj funkcyi i zadowolić się musimy podaniem, że czynność ta polega na produkcyi treści znajdującéj się w pęcherzykach gruczołowych i że treść ta, dostając się do ogólnego obiegu krwi drogą naczyń limfatycznych, spełnia prawdopodobnie pewną a może nawet ważną rolę w chemizmie ustroju. Rezultat ten jest więc wskazówką, aby w drodze badań chemicznych dążyć do wykrycia znaczenia fizyjologicznego gruczołu tarczykowego.

Pierwsze próby w tym kierunku przedsięwzięliśmy w sposób następujący: Ze świeżego gruczołu sporządziliśmy kilka wyciągów, a mianowicie wodny, alkaliczny (z ługiem sodowym) i kwaśny (z kwasem octowym) i badaliśmy, czy który z tych wyciągów zdoła zamienić skrobię w cukier. Wynik atoli był ujemny. Powtóre poddawaliśmy sztucznemu trawieniu świeże kawałki gruczołu, przyczém okazało się, że podczas gdy tkanka łączna i komórki przybłonkowe strawione zostały prawie w zupełności, owe opisane powyżéj kuleczki połyskujące nie ulegały żadnéj zmianie. Inne odczynniki, któremi działałem na treść pęcherzyków, również nie przedstawiały żadnych cech charakterystycznych.

W końcu dodać muszę, że u psa, któremu wycięliśmy oba gruczoły tarczykowe, zauważyliśmy już po 3 dniach niechęć do jadła, a po 5 dniach zapalenie ropne obu spojówek, drgania włókienkowe w zakresie różnych mięśni i ogromne wychudnienie. Pies zdechł w dwa tygodnie po operacyi straciwszy przeszło kilogram na wadze. Jak widzimy objawy obserwowane odpowiadają objawom opisanym przez Horsleya, Albertoniego i Tizzoniego. Innemu psu wycięliśmy tylko jeden gruczoł tarczykowy, a mianowicie po stronie lewéj. Pies ten nie przedstawia do dziś dnia (5 miesięcy po operacyi) żadnych objawów chorobowych, a rana zagoiła się pięknie przez rychłozrost. Czy pozostały gruczoł ulegnie przerostowi, jak to podaje Wagner, Horsley i Nothnagel, okaże się późniéj.

Gdy praca niniejsza znajdowała się już w druku, opuścił prasę 5ty i 6ty zeszyt 21 tomu czasopisma *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.* W ostatnim właśnie zeszycie ukazała się praca Fuhra pod tytułem: *Die Exstirpation der Schilddrüse. Eine experimentelle Studie,* któréj celem było rozstrzygnięcie pytania, czy wycięcie gruczołu tarczykowego pociąga za sobą istotnie śmierć zwierzęcia i czy objawy obserwowane za życia odnieść należy do ubocznych zranień różnych nerwów wśród operacyi, czy też wprost do wyeliminowania czynności gruczołu tarczykowego. Odpowiednio do tego celu uwzględnił autor najprzód jak najstaranniéj anatomiczne stosunki gruczołu. Z przyjemnością uwydatnić musimy, że również nie uszły uwagi powyższego autora włókna nerwowe, odchodzące od nerwu krtaniowego górnego do gruczołu tarczykowego, że więc wyniki jego poszukiwań anatomicznych zgadzają się z wynikami naszych badań. Odnośne słowa autora brzmią: „*Auch der N. laryngeus sup. verhält sich beim Hunde ungefähr wie beim Menschen. Vor dem Eintreten in den Kehlkopf spaltet er sich in zwei Aeste, einen Ramus in- und externus. Letzterer läuft an der Aussenfläche des Kehlkopfes herab, zerfällt hinter dem oberen Ansatz der M. sternothyreoideus in eine Anzahl Zweige,*

welche zum Theil mit den sympathischen Fasern die Schilddrüsenarterie umspinnen und mit dieser zusammen in die Schilddrüse eintreten, zum Theil sich direct ins Parenchym der Drüse verfolgen lassen. Mehrere Fäden laufen an der Trachea abwärts, dringen in diese ein, oder gehen schliesslich von der vorderen Kante der Schilddrüse aus in die Kapsel". Autor wspomina nadto jeszcze o innych nerwach dochodzących do gruczołu tarczykowego, a mianowicie o gałązkach nerwu szyjnego pierwszego i nerwu językopodniebiennego pisząc: „*Auch von diesem (ersten) Halsnerven erhält die Schilddrüse kleine Fäden, die an beliebigen Stellen zur Kapsel gehen. Hierzu kommt noch ein dritter sie versorgender Nerv, der wie der Laryngeus sup. am Hilus eintritt, jedoch mehr von der Rückseite der Drüse her. Es ist dies ein Ast des Glossopharyngeus, der nach einer starken Anastomose mit dem obersten Halsganglien des Sympathicus hinter der Carotis her zur seitlichen Pharynxmusculatur zieht. Der Endast desselben an der Aussenseite des Schildknorpels liegend, löst sich am unteren Rande in eine Anzahl Fasern auf, die sich theils mit dem Recurrens vor dessen Eintritt in den Kehlkopf verbinden, theils hinter den Verzweigungen der Schilddrüsenarterie liegend, in die Substanz der Schilddrüse eintreten. Das Organ ist also beim Hunde sehr nervenreich....*" Autor zaznajomiwszy się najdokładniéj ze stosunkami anatomicznemi, wykonał ogółem 30 doświadczeń, w różny sposób zmodyfikowanych. Z 9 psów, którym wyciął gruczoły tarczykowe pozostał tylko jeden przy zdrowiu, jeden zdechł skutkiem krwotoku a 7 okazywało objawy krótko mówiąc następujące: psy stały się bojaźliwe, oczy ich przybrały wyraz trwożliwy (z powodu tężcowego skurczu mięśni ocznych), pojawiły się drgania włókienkowe w mięśniach odnóg i tułowia, kurcze kloniczne, sztywność członków, oddech przyspieszony, niechęć do jadła, utrudnienie połykania, chód chwiejny, a około 6go lub 8go dnia po operacyi występowało ropne zapalenie spojówek, prowadzące czasem do wrzodów a nawet do przebicia rogówki. Śmierć zwierząt następowała albo nagle wśród kurczu głośni i przepony lub zwolna wśród potęgujących się objawów opisanych. Oględziny pośmiertne wykazały tylko bladość mózgu, śledziona i gruczoły limfatyczne nie były wcale powiększone. W bliznę na szyi wrośnięty był zwykle pierwszy nerw szyjny. Dla ocenienia, które z tych objawów odnieść należy do wyeliminowania czynności gruczołu tarczykowego, a które do ubocznych zranień, wykonał autor następnie szereg doświadczeń, w których nie wycinał wcale gruczołu tarczykowego, lecz tylko podwięzywał, przecinał i drażnił azotanem srebrowym, jużto nerw krtaniowy górny, nerw językopodniebienny, jużtéż zwój szyjny najwyższy i pierwszy nerw szyjny. U 5 psów nie pojawiły się żadne objawy chorobowe, u dwóch psów, po podwiązaniu pierwszego nerwu szyjnego, wystąpiło ropne zapalenie spojówek, połączone z wytworzeniem się wrzodów na rogówce i swędzenie skóry. Podwiązanie nerwu krtaniowego dolnego sprowadziło tylko zmianę w głosie i utrudnienie oddechania. Następnie podwięzywał autor li tylko tętnicę tarczykową a zwierzęta pozostały przy zupełném zdrowiu, a gdy po zabiciu psów nastrzykano je masą klejową z aorty, okazało się, że gruczoł tarczykowy posiadał tylko bardzo delikatną sieć naczyniową, wytworzoną przez oboczne krążenie głównie z tętnicy językowéj. Ostatnie te doświadczenia dowodzą zarazem niezbicie, że teoryja regulacyjna Schregera, popierana przez Liebermeistra, Zesasa i Meuliego jest mylną. Po zabiciu psa, który z pierwszego szeregu doświadczeń mimo wycięcia gruczołów tarczykowych pozostał przy zupełném zdrowiu przez 5 miesięcy, okazało się, że pies ten posiadał jeszcze dwa gruczoły tarczykowe dodatkowe w wysokości 4éj i 6éj chrząstki tchawicy. Wreszcie wycinał autor tylko część gruczołu tarczykowego a doświadczenia te pouczyły, że do utrzymania zwierzęcia przy życiu wystarcza połowa a nawet $^1/_3$ część gruczołu tarczykowego, a powtóre, że pozostała część gruczołu nie ulega przerostowi, jak to mylnie podaje Wagner. Daléj poddaje autor krytyce sprzeczne wyniki innych badaczy, twierdzących, że gruczoł tarczykowy można w całości wyciąć bez szkody dla ustroju. Na podstawie opisu anatomicznego przez Taubera i Kaufmanna podanego a odnoszącego się, ich zdaniem, do gruczołu tarczykowego, twierdzi Fuhr stanowczo, że obaj wspomniani autorowie wycinali coś innego, a nie gruczoł tarczykowy. Tauber pisze bowiem, że u zwierząt domowych brak jest często gruczołu tarczykowego (75%), czego jednak nikt potwierdzić nie może, Kaufmann zaś opisuje położenie gruczołu tarczykowego pomiędzy kątem szczęki dolnéj i kością gnykową, jakkolwiek każdemu cośkolwiek z przedmiotem obeznanemu wiadomo, że gruczoły tarczykowe u psa leżą po obu stronach tchawicy poniżéj chrząstki pierścieniowatéj.

Wyniki swych badań streszcza Fuhr w następujących słowach: Wycięcie gruczołu tarczykowego u psów jest zawsze zabójcze. Zwierzęta zdychają najpóźniéj po 21 dniach (bez względu na to, czy gruczoły od razu wycięto całkowicie, czy téż stopniowo), wśród objawów zaburzenia czynności ośrodków nerwowych. Objawy te nie mogą pochodzić z usunięcia wraz z gruczołem aparatu, regulującego stosunki krążenia w ośrodkach nerwowych a w szczególności w mózgu. Obraz chorobowy, jaki przedstawiają zwierzęta po wycięciu gruczołów tarczykowych, nie może być wywołanym ani przez jakiekolwiekbądź uboczne zranienie wśród operacyi, ani sprawą ropienia w ranie. Jeżeli pies przeżyje operacyję, to z pewnością pozostała przynajmniéj $^1/_3$ część gruczołu w postaci gruczołu dodatkowego. W końcu nadmienia autor, że *cachexia strumipriva* wywołaną bywa prawdopodobnie wyeliminowaniem czynności gruczołu tarczykowego i że ze stanowiska fizyjologii nie jest u człowieka usprawiedliwioném całkowite wycięcie gruczołu tarczykowego.

Jak widzimy, doszedł Fuhr, aczkolwiek inną drogą, również do wyniku, że gruczoł tarczykowy spełnia ważną fizyjologiczną czynność w ustroju i że odgrywa prawdopodobnie pewną rolę w odżywianiu ośrodków nerwowych. Zarazem nadmienić musimy, że rozprawa Fuhra oszczędziła nam do pewnego stopnia pracy i że w obec wyników, otrzymanych przez wspomnianego autora z tym większym naciskiem niż poprzednio uwydatnić możemy, iż przedewszystkiém w drodze badań chemicznych dążyć winniśmy do poznania fizyjologicznéj czynności gruczołu tarczykowego.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

I.

O zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych

na podstawie doświadczeń dokonanych przez ś. p. Dra Alfreda Wolframa.

Podał

Dr. W. Ant. Gluziński,

Docent med. wewnętrz. i I asystent kliniki lek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Odmienne nieco zachowanie się soku żołądkowego

stwierdzono w badanych przypadkach duru brzusznego, które przytaczam: (Tabl. III[1]) i IV[2]).

Tu już wydzielanie się soku żołądkowego zawierającego kw. solny i trawiącego, jakkolwiek wstrzymane przez czas stałéj gorączki, zaczyna się pojawiać już z chwilą rozpoczęcia się większych wahań ciepłoty, a więc w tak zwanym okresie odczynu *(stadium amphibole)*. Zdaje się, że obok zakażenia samego, o wpływie którego niżéj wspomnę, może sam tor gorączki wpływa na zachowanie się kw. solnego w soku żołądkowym. Z przytoczonych bowiem przykładów widać, że w przypadkach ostrych chorób zakaźnych z gorączką ciągłą jak w durze osutkowym i zapaleniu płuc włóknikowém, w pewnym okresie duru brzusznego, przez cały czas trwania stanu gorączkowego stałego, a nawet i dłużéj brakowało kw. solnego, gdy ten pojawiał się w dwóch badanych przypadkach duru brzusznego od czasu, gdy rozpoczynała się gorączka o torze zwalniającym. Wprawdzie możnaby fakt ten tłumaczyć różnicą zarazka w jednéj lub drugiéj chorobie lub końcowym okresem saméj choroby zwłaszcza, że podobnie zachowywał się sok żołądkowy i w przypadku zapalenia płuc, w którym nastąpiło powolne przełamanie *(per lysim)*; pierwsze tłumaczenie o tyle jednak zasługuje

Tablica III[1]).

Data	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasu względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw. saméj treści	z dodat. HCl	Uwaga
15 luty	r. 39·4 w. 40·5	55	oboj.							T. Sc. l. 27. Dur brzuszny. O ile z przebiegu sądzić można (z wywiadów bowiem nie można ocenić) badanie rozpoczęto w 1szym tygodniu choroby.
16 „	r. 40·5 w. 40·5	115	„			ślad	zmąc.	niestr.	3¾ g.	
17 „	r. 40 w. 40·6	80	kw. 0·6					„	2 g.	
18 „	r. 39·7 w. 40·7	55	kw. 0·25					„	„	
19 „	r. 40 w. 40·7	50	oboj.					?	?	
21 „	r. 39·9 w. 39·3	100	„					niestr.	2 g.	
22 „	r. 40 w. 40·5	60	„					„	„	
23 „	r. 39·7 w. 41·7	15	„					?	?	
24 „	r. 39·7 w. 41·1	35	„					niestr.	4 g.	
25 „	r. 40·4 w. 40	75	„					„	1½ g.	
26 „	r. 39·1 w. 40	80	„					„	2 g.	
27 „	r. 39·5 w. 40·1	65	„					„	„	
28 „	r. 40 w. 40·7	30	„			ślad		?	?	
1 marca	r. 40·5 w. 39·8	100	„					?	?	
2 „	r. 40·1 w. 39·1	75	kw. 5·6	ślad	ślad			4¾ g.		
3 „	r. 39·5 w. 40·5	„	7·6	wyr.	„			?	?	
4 „	r. 39·9 w. 40·7	110	3·2	?	„			6 g.		
6 „	r. 37·3 w. 39·9	60	1·2		?			?	?	
7 „	r. 36·3 w. 38·9	120	4	?	ślad			?	4 g.	
9 „	r. 36·5 w. 37·4	110	8·8	wyr.	wyr.			2 g.		
10 „	r. 36·2 w. 36·6	75	12	„	„			„		
11 „	r. 36·8 w. 37·2	70	6	„	„			4 g.		

IV[2]).

Data	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasn. względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw. saméj treści	z dodat. HCl	Uwaga
17 list.	r. 40·7 w. 39·1	45	0·5							M. Bob. l. 35. Dur brzuszny. Badanie rozpoczęto z końcem drugiego lub początkiem trzeciego tygodnia. W skutek zakrzepu, jaki wśród przebiegu wytworzył się w żyle udowéj lewéj, doświadczenia przerwano i nie doprowadzono aż do rekonwalescencyi.
18 „	r. 38·7 w. 39·1	75	0·8					niestr.	19 g.	
19 „	r. 37·7 w. 38·3	85	4	?	ślad					
20 „	r. 38·2 w. 39·4	80	2·4		„			niestr.	3 g.	
21 „	r. 38·5 w. 40·5		2·8		„			„	2½ g.	
22 „	r. 38·5 w. 39·3	110	14·4	wyr.	„		zmąc.	2¾ g.	1½ g.	
23 „	r. 37·8 w. 39·1	90	26·4	„	„		„	½ g.		

na uwzględnienie, że podobne zachowanie się stwierdzić było można i w jednym przypadku zapalenia płuc, do którego przyłączyło się jako powikłanie wrzodziejące zapalenie wśródsierdzia, a tor gorączki stałéj zamienil się na znacznie zwalniający, jak również i w przypadku duru brzusznego w okresie gorączki stałéj, gdy takowa w skutek znacznych krwotoków kiszkowych kilka razy stała się dość znacznie zwalniającą. Nie można naturalnie uważać przypuszczenia tego jako zasadniczą regułę, bo już przypadek Veldena, o którym wyżéj wspomniałem, stanowiłby wyjątek. Zresztą sprawa ta będzie poddaną w klinice prof. Korczyńskiego dalszym doświadczeniom, aby stwierdzić, czy sztuczne obniżenia ciepłoty za pomocą środków przeciwgorączkowych wpłynie również korzystnie na wydzielanie kw. solnego.

Przytoczone przypadki duru wysypkowego, brzusznego, zapalenia płuc włóknikowego [1]) zestawiam w oddzielnéj grupie jako stanowiące między badanemi dział chorób gorączkowych ostrych zakaźnych i zachowujących się pod względem soku żołądkowego zupełnie odmiennie od dwóch następnych przypadków, odnoszących się do chorób przewlekłych gorączkowych, w których w czasie badania wykazać było można sok zawierający kw. solny i to w dość znacznéj ilości.

Byłyto następujące dwa przypadki: (Tabl. V[2])

Grupa zatém pierwsza badanych przypadków, obejmująca choroby ostro gorączkowe zakaźne, posiadała wspólne prawie cechy dla soku żołądkowego. Te były następujące:

1. Przez cały ciąg stanu gorączkowego (z wyjątkiem końcowego okresu duru brzusznego) nie zawierały kw. solnego.

2. Soki te nie trawiły ani wewnątrz organizmu, gdyż w wyciągniętéj treści nie można było wykazać peptonów, ani téż przy sztucznem trawieniu.

3. Sztucznie trawiły te soki dobrze, jeżeli do próby dodało się odpowiednią ilość kw. solnego, co dowodziło, że pepsyna w tych sokach była, a niezdolność trawienia pochodziła tylko z braku kw. solnego.

4. Z chwilą przełamania się choroby, lub nieco późniéj, wydzielał się sok i w organizmie i poza organizmem dobrze trawiący.

Grupa druga (tj. chorób z gorączką przewlekłą) odznaczała się sokiem żołądkowym, który i podczas trwania gorączki dobrze trawił.

Daleki jestem, aby na podstawie kilkunastu badanych przypadków apodyktycznie wnioskować i przyjmować za regułę bez wyjątków podobne różne zachowanie się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych zakaźnych a niezakaźnych. Z drugiéj strony trudno przypuścić, aby tylko prosty przypadek mógł zrządzić podobne różnice, dające się snadnie pojąć, tém bardziéj, że spostrzeżeniom przytoczonym nie sprzeciwia się i obserwacyja innych autorów, a w znacznéj części wnioski wynikłe popiera.

W znacznéj części usprawiedliwionym jest zatém podział badanych przypadków na zakaźne i niezakaźne, usprawiedliwione poniekąd byłoby rozszerzenie i uogólnienie przytoczonych cech przez wypowiedzenie zdania, że wśród jednakowych warunków na zachowanie się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych nie tyle podniesiona ciepłota, ile samo zakażenie wpływ wywiera. Przypuszczenie to zyskuje poparcie w codzienném praktyczném doświadczeniu przy łóżku chorego, które poucza, jak znaczną jest różnica i w uczuciu łaknienia i w możności trawienia między dwoma chorymi, równo gorączkującymi, z których jeden ma chorobę zakaźną, drugi niezakaźną.

Przypuszczenie to znajduje poparcie i w fakcie stwierdzonym, że rodzaj gorączki i w innym kierunku, a mianowicie ze względu na przemianę pierwiastków w ustroju wyciska swoje piętno. I tak Bauer *(Ziemssens Handbuch der allg. Therapie*, t. I., cz. I, str. 196) wspomina, że pies, u którego wywołał gorączkę gnilną moczem wydzielał daleko więcéj azotu, aniżeli inny pies, u którego po wstrzyknięciu podskórném oleju krotniowego powstało silne zapalenie z gorączką. Nieobojętne w tym względzie są także i spostrzeżenia Genzmera i Volkmanna *(Uiber septisches u. aseptisches Wundfieber. Samml. klin. Vortrage v. Volkmann,*

[1]) Badane przypadki zimnicy nie dają się zużytkować, gdyż przyjęte wśród napadu do kliniki powtórnemu napadowi nie uległy.

Tablica V[2]).

Data	Ciepłota	Ilość wyciąg. cieczy w ctm.	Stopień kwasn. względnie alkalicz.	Próba na HCl	Próba na pept.	Próba na śluz	Zachowanie się w obec kw. oct. i żel. pot.	Czas ukończenia sztucznego traw.: saméj treści	Czas ukończenia sztucznego traw.: z dodat. HCl	Uwaga
11 stycz.	r. 39·3 w. 39·7	80	kw. 20·	wyr.	wyr.		zmąc.			P. Korz., l. 26. Obustronne zapalenie opłucny surowiczo-włóknikowe, w skutek którego chory od dwóch miesięcy gorączkował.
13 „	r. 39·5 w. 39·3	70	12	„	„		„			
14 „	r. 39·2 w. 39·4	70	10	„	„		„			
15 „	r. 38 w. 39·3	70	10	„	„		„			
17 „	r. 39·5 w. 38·8	70	8	„	„		„			
18 „	r 39·1 w. 39·5	80	10	„	„		„			
11 stycz.	r. 37 w. 38·5	120	8	?	wyr.		zmąc.			W. Kas., l. 22. Obustronne nacieki gruźlicze w szczytach płuc.
13 „	r. 37·5 w. 39·7	140	16	wyr.	„		„			
16 „	r. 37·5 w. 38·7	110	6	?	ślad		sł. zmąc.			
17 „	r. 37·2 w. 38	120	8	?	„		„			
21 „	r. 37·3 w. 38·9	130	16	wyr.						

1871, Nr. 121), że chorzy z gorączką aseptyczną w przeciwstawieniu do dotkniętych gorączką septyczną nawet po 14-dniowém trwaniu téjże nie okazywali widocznéj utraty na ciężarze ani na sile zapewne i z tego powodu, że byli w stanie lepiéj się odżywiać niż drudzy, bo trawienie ich było lepsze.

Z wyników otrzymanych dadzą się teoretyczne, ale w każdym razie uzasadnione i racyjonalne, wyciągnąć wskazówki lecznicze. W obec braku kw. solnego w czasie stanu gorączkowego w chorobach ostrych zupełnie usprawiedliwione będzie podawanie wewnętrzne kw. solnego. Ułatwi on trawienie żołądkowe, gdyż drugi składnik soku żołądkowego, t. j. pepsyna, jak sztuczne trawienia wykazują, znajduje się mimo gorączki w dostatecznéj ilości. Podawanie kw. solnego témbardziéj zasługuje na uwagę, że już samo uczucie chorych domaga się podania kwasów, budząc smak do rzeczy kwaśnych. Zamiast więc stosowania, jak to jest w zwyczaju, kwasu fosforowego, kwasu Hallera itp., lepiéj podawać racyjonalny kwas, jakim w tych przypadkach jest bezsprzecznie kw. solny. Jeżeliby się okazało z dalszego szeregu doświadczeń, że sztuczne obniżenia ciepłoty równie korzystnie działają na wydzielanie soku żołądkowego, jak zdają się działać samowolne zwolnienia ciepłoty, przybyłoby jeszcze jedno racyjonalne wskazanie dla leczenia przeciwgorączkowego.

Wydzielanie skutecznego soku żołądkowego w chorobach przewlekłych gorączkowych usprawiedliwia nadzieje i daje możność forsownego żywienia takich chorych, jeżeli po temu istnieją odpowiednie wskazania.

III. Sprawozdanie za r. 1884 z oddziału I, A) szpitala św. Łazarza w Krakowie zostającego pod kierunkiem prof. Dra Pareńskiego.

Napisał
Dr. Józef Kadyi,
lekarz pomocniczy w tymże oddziale.
(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

III. *Pneumonia.* Wyleczonych 91, przeniesionych na inny oddział 4, umarło 25, zostało na 1885 r. 10. Najwięcéj chorych było w kwietniu i grudniu, najwięcéj zmierało w marcu, kwietniu i czerwcu. Najczęstszemi powikłaniami były rozedma płuc, nieżyt oskrzelowy i żółtaczka. Z pomiędzy 120 przypadków zapalenia płuc, które szpital w ciągu roku 1884 opuściły, wypada zapalenie na płuco prawe 73 razy, czyli 60·8%, na płuco lewe 44 razy, czyli 36·6%, na oba płuca 3 razy, czyli 2·5%. Na 25 przypadków śmierci z zapalenia płuc było 18 czyli 72% śmierci z zapalenia płuca prawego; 6 czyli 24% z zapalenia płuca lewego, a 1 czyli 4% z zapalenia obustronnego. Zestawiając częstość zapalenia płuca prawego i odnośną odsetkę śmiertelności w porównaniu z podobnemi cyframi, dotyczącemi zapalenia płuca lewego, widzimy, że zapalenie płuca prawego każe gorzéj rokować, co zdaje się tém tłumaczyć, że płuco to, przedstawiając większą powierzchnię respiracyjną, w ogóle większą objętość niż płuco lewe, większém téż niebezpieczeństwem w skutek swego zapalenia organizmowi zagraża. Zbyt mała ilość obserwowanych przypadków zapalenia obustronnego nie pozwala na żaden wniosek co do niebezpieczeństwa w tych przypadkach.

IV. Choroby przewodu pokarmowego.

1. *Gastritis acuta:* m. 18, k. 22, razem 40, z tych opuściło szpital uleczonych 36, nieuleczonych 4.

2. *Typhlitis stercoralis:* było mężczyzn 16, kobiet 13, razem 29. Wszyscy opuścili szpital wyleczeni.

3. *Enteritis catarrhalis:* było mężczyzn 15, kobiet 9; razem 24. Z pomiędzy nich było uleczonych 19, nieuleczonych 3, umarło 2.

4. *Coprostasis.* Było mężczyzn 6, kobiet 9, razem 15; z tych uleczono 13, nie uleczono 2.

5. *Ulcus ventriculi.* Było mężczyzn 5, kobiet 9, razem 14. Z pomiędzy nich uleczono 6, nie uleczono 5, umarło 3.

6. *Peritonitis.* Było mężczyzn 7, kobiet 7, razem 14; z tego uleczono 4, nie uleczono 4, umarło 6.

7. *Gastroenteritis acuta.* Było mężczyzn 4, kobiet 8, razem 12. Z pomiędzy nich uleczono 9, nie uleczono 3.

8. *Perityphlitis.* Było mężczyzn 2, kobiet 5, razem 7. Z pomiędzy nich uleczono 4, nie uleczono 3.

9. *Enteritis follicularis.* Było mężczyzn 5, z których 4 umarło, a jeden opuścił szpital niewyleczony.

10. Zwężenia. Jeden mężczyzna niewyleczony ze zwężeniem odźwiernika, jeden niewyleczony ze zwężeniem gardziela, trzy kobiety z niedrożnością przewodu pokarmowego, z których dwie umarły.

11. *Icterus catarrhalis.* Niewyleczonych 2 mężczyzn i 1 kobieta. *Cardialgia.* 5 kobiet wyleczonych. *Taenia solium* spędzone u jednéj kobiety.

V. *Intermittens.* Wyleczonych 59, niewyleczonych 1, pozostało na r. 1885ty 3. Mężczyzna niewyleczony opuścił szpital na własne żądanie dnia następnego po przybyciu. Najwięcéj, bo 11, przypadków było w miesiącu wrześniu; w styczniu zaś był tylko jeden. Czas leczenia wynosił średnio 7·2 dni.

VI. *Morbus Brightii.* Wyleczonych 17, niewyleczonych 22, umarło 10, pozostało na rok 1885ty 3. Z nich było 5 przyp. zap. ostrego, 1 przyp. zap. po porodzie, 3 przyp. po płonicy, 26 przyp. zapalenia przyostrego, 11 przyp. zap. przewlekłego, a 3 przyp. zap. śródmiąższowego. Jako powikłania znaleziono po 2 razy nieżyt oskrzelowy i rak języka, a po razu zapalenie siatkówki, wylew krwawy do płuc, niedomykalność zastawek aorty, zap. płuc nieżytowe przewlekłe, miażdżycę tętnic i różę twarzy.

VII. *Typhus abdominalis.* Wyleczonych 40, umarło 9, pozostało 3. Jako zboczenia następowe lub przypadkowo się dołączające zauważono 2 razy odleżyny a po 1 razie posocznicę, zap. kości biodrowéj, kiłę, ospówkę, nawrót choroby, krwotok nosowy i kiszkowy, puchlinę, zap. płuc nieżytowe przewlekłe, zap. płuca prawego i nerwoból nadoczodołowy.

VIII. *Typhus exanthematicus.* Wyleczonych 19, umarło 4, przeniesiono na inny oddział 2, pozostał 1. U jednego mężczyzny nastąpiła *Pneumonia hypostatica*, u drugiego *Variola*. Ruch duru brzusznego i osutkowego w poszczególnych miesiącach był następujący:

	Styczeń,	luty,	marzec,	kwiecień,	maj,	czerwiec.	
Abd.	15,	9,	4,	1,	—	—	
Exanth.	—	—	9,	5,	4,	1,	
	Lipiec,	sierpień,	wrzesień,	paździer.,	listopad,	grudz.	Razem.
Abd.	3.	8,	1,	5,	4,	2,	52.
Exanth	—	—	3,	2,	1,	1,	26.

IX. *Erysipelas.* Wyleczonych 24, niewyleczonych 1, umarło 4, przeniesiono na inny oddział 2, pozostało 2. Róża zajmowała twarz w 17 przyp., podudzie w 10 przyp., rękę w 1 przyp., a w 5 przyp. była wędrującą. Jako choroby następowe lub przypadkowo się dołączające przydarzały się 3 r. ropień, 2 r. uwiąd starczy, a po razu odleżyna, zołzy, miażdżyca tętnic, wypocina opłucnowa.

X. *Vitia cordis.* Niewyleczonych 30, umarło 8. Jeden z mężczyzn poniósł śmierć przez wyskoczenie oknem. Że stosunkowo znacznie więcéj było kobiet z wadą serca aniżeli mężczyzn (mimo że liczba mężczyzn w ogólności przeważa), zależeć może od przypadkowych manipulacyj administracyjnych, ale też i to nie wydaje się nieprawdopodobném, że mężczyźni nie tak skorzy są do porzucenia pracy i zarobku dla choroby chronicznéj, z którą czas jakiś uporać się jeszcze mogą wśród codziennych zajęć, za czém też zdaje się przemawiać znacznie niekorzystniejsza odsetka śmiertelności u mężczyzn, świadcząca, iż oni w znacznéj części dopiero wtedy do szpitala się zgłaszali, gdy już stan ich był bardzo opłakany. Rozpoznanie brzmiało: 29 r. niedomykalność zast. dwudzielnéj, 5 r. zastawek półksiężycowych aorty, 4 r. zwężenie ujścia żyln. lewego, 5 r. przewlekłe zapalenie śródsierdzia. Choroby następowe lub przypadkowo się dołączające były: w 17 przyp. opuchlina, w 4 przyp. dusznica, w 3ch przyp. rozedma płuc, w 2 przyp. miażdżyca tętnic, zap. osierdzia, zap. przewl. nerek, nieżyt oskrzelowy, a w 1 przyp. gościec stawowy, garb, krwioplucie, ciąża.

XI. *Scarlatina.* Wyleczonych 6, umarło 2. U 3 dziewcząt i jednego chłopca dołączyła się *Angina diphtheritica.* Wiek średni tych pacyjentów wynosił 15 lat i 3 miesiące. Najstarsza była pacyjentka 21 lat licząca; najmłodsze dziecko 13-letnie.

XII. *Variola.* Kobiet wyleczonych 16, a umarło 7. Dwa przypadki z zejściem śmiertelném dotyczyły formy wybroczynowéj; jeden zaś był komplikowany z *Nephritis parenchymatosa chronica.* W jednym przypadku, który się zakończył wyzdrowieniem, dołączyła się róża twarzy. Prócz tego było 7 przypadków *Variolois*, wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem.

XIII. Prócz omówionych tu chorób, które stanowiły większość na oddziale, pojawiały się różne inne, które dopełniły liczby 1426 chorych, przez rok 1884 leczonych. Ponieważ jednak choroby te ani przebiegiem ani częstością swą nie przedstawiają tyle interesu, aby je w cyfrach zestawiać, przeto wypisuję tylko ich nazwiska: *Angina parenchymatosa, Apoplexia cerebri, Cholelithiasis, Contusio corporis, Cystitis, Embolia cerebri, Lumbago, Meningitis cerebro-spinalis, Myelitis, Neuralgiae, Polyarthritis, Rheumatismus musculorum, Spondylitis, Tumor cerebri* itd.

IV. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

14. Tenesson, zachęcony pracą ogłoszoną przez Dra Debove, stosował chlorek metylowy w 34 przypadkach różnych bólów nerwowych. Lek ten stosuje się zewnętrznie rozpylaczem na miejsce dotknięte. Z 10 przypadków nerwicy kulszowéj w 7 już po jednorazowém zastosowaniu tego leku nerwica zupełnie ustąpiła w jednym, w którym cierpienie trwało już 29 miesięcy, ból prawie zupełnie ustąpił z wyjątkiem okolicy pięty, w dwóch przypadkach trzeba było chlorek metylowy kilkakrotnie stosować, aby w końcu osiągnąć wyleczenie. Z 11 przypadków gośćca mięśniowego różnych okolic ciała, w 9ciu wyleczenie było natychmiastowe i zupełne, w 2ch trzeba go było kilkakrotnie powtórzyć. Również autor otrzymał skutek bardzo pomyślny w 5ciu przypadkach gośćca stawowego ostrego i przyostrego, daléj w bólu mięśniowym karku, powstałym skutkiem mocnego stłuczenia, wreszcie w paru przypadkach nerwic różnych miejsc klatki piersiowéj, powstałych w czasie gruźlicy lub zapalenia opłucny. Autor podnosi, że mogłoby się wydawać w tych ostatnich przypadkach bardzo niebezpiecznem wywołanie przez rozpylanie chlorku metylowego obniżenia miejscowego ciepłoty do 23°C., tak wielkie jednak miejscowe obniżenie ciepłoty nie wywierało żadnych złych następstw na dalszy przebieg choroby.

Rozpylanie chlorku metylowego ma swoje strony ujemne. Przedewszystkiém po bardzo mocném znieczuleniu następuje nadczulica skóry i bardzo silny rumień, w którym nierzadko tworzą się pęcherze, a nawet przychodzi do powierzchownego obumarcia skóry. Chcąc tego uniknąć nie trzeba nigdy dłużéj rozpylać nad 5—6 sekund, a u osób z bardzo delikatną skórą nawet jeszcze krócéj. Również nie trzeba stosować prądu w kierunku prostopadłym. Rumień utrzymuje się kilka tygodni i często pozostawia złogi barwikowe w skórze, z tego powodu należy być ostrożnym z chlorkiem metylu u kobiet. (*Semaine médic.*).

15. *Revue hebd. thérap.* podaje następujący sposób usunięcia tasiemca. Chory bierze rano o 7éj, o 9éj i o 11éj godzinie, zatém w 3ch dawkach, następujący rozczyn, a raczéj zawiesinę chloroformu: *Rp. Chloroformii 4·0, Syrupi simplic. 35·0.* W południe podaje się choremu 35grm. olejku rącznikowego. Zwykle w $1\frac{1}{2}$ godziny odchodzi tasiemiec najczęściéj z głową.

16. Dr. Guadet podaje w *Semaine médicale* ciekawą pracę o eteromanii. Eter działa stosownie do użycia bardzo różnie, wziewany sprowadza chirurgiczne znieczulenie, rozpylony na skórę sprawia miejscowe znieczulenie, zastrzyknięty podskórnie działa silnie pobudzająco, użyty wewnętrznie działa przeciwskurczowo. Tylko w postaci wziewań i użycia wewnętrznego znalazł eter nałogowców, szczególniéj licznych w Anglii. Już w r. 1826 używali, szczególniéj lekarze i aptekarze, wziewań eteru w celu sprowadzenia miłego odurzenia. Autor sam jakiś czas używał eteru. W r. 1842 Jackson, który także jakiś czas wziewał eter, opisał dokładniéj działanie i następstwa tego nałogu. W Irlandyi eteromanija jest bardzo rozpowszechnioną. W niektórych wsiach i miasteczkach eter usunął zupełnie z użycia whisky. Zastąpiono ten ostatni tutaj mieszaniną eteru metylowego, etylowego i wyskoku w równych częściach z dodatkiem olejków i syropu. Litr tego napoju kosztuje 3 franki, a 14grm. wystarcza, aby się do wesołości upić. Twierdzą, że przyczyną rozpowszechnienia tego napoju są towarzystwa wstrzemięźliwości i żarliwe kazania księży przeciw używaniu wyskoku. Irlandczycy trzymając się ściśle litery zalecań, nie piją ani wódki ani rumu lecz eter. Następstwa dłuższego używania eteru są podobne jak u nałogowych pijaków, tylko, że eter nie sprowadza nigdy do tego stopnia moralnéj ruiny ani ogólnego wyniszczenia, jak to można spotkać u nałogowców wyskokowych. Również łatwiéj jest się odzwyczaić od używania eteru niż wyskoku.

17. Dujardin-Beaumetz poleca gorąco użycie wewnętrzne dwusiarczku węgla w chorobach przewodu pokarmowego, w których chodzi o zdesinfekcyjonowanie tego przewodu. Autor poleca go w następującéj postaci: *Rp. Carbonei (alcoholi sulphurici) sulphurati depurati* 25·0, *Olei menth. piper. gtts.* 50, *Aq. destillatae* 500·0. Rozczynu tego *(Eau sulfocarbonée)* każe autor dodawać łyżkę do półszklanki mleka i dawek takich użyć 4—10 przez dzień. W téj po-

staci lek ten da się doskonale użyć, nie sprawiając najmniejszego wstrętu. Prócz w przewlekłych nieżytach jelit, Beaumetz poleca także dwusiarczek węgla w gorączce durzycowéj, jako lek symptomatyczny, zwalczający, jak się wyraża, „*la septicémie intestinale*“, daléj także w rozstrzeni żołądka połączonéj z biegunką, a to w celu wstrzymania fermentacyi pokarmów, zbyt długo przebywających w przewodzie pokarmowym, wreszcie w biegunkach na tle grzybkowém.

Zewnętrznie dwusiarczek węgla działa doskonale miejscowo jako lek rumieniący. W tym celu macza się w leku tym watę, przykłada na skórę, pokrywa papierem gutaperkowym i pozostawia 30—60 sekund. Krótki ten przeciąg czasu wystarcza zupełnie do wywołania przekrwienia i zarumienienia skóry jak po gorczyczniku. (*Bull. thérap.*). Również Sepelier *(ibidem)*, na podstawie 28 przypadków zachwala bardzo użycie dwusiarczku węgla w durzycy, jako środka działającego przeciwgnilnie na przewód pokarmowy.

Związki aromatyczne.

18. Beaumetz poleca jako doskonały środek nasenny fenyl-metyl-aceton (C_6H_5CO,C_3H), którego własności pierwszy zbadał Nencki. Dla krótkości środek ten nazywa Beaumetz hypnonem. Radzi on go podawać tylko w przypadkach bezsenności, niesprowadzonéj jednak żadnym bólem, tylko jużto samodzielnéj, jużtéż w przebiegu innych chorób przewlekłych, jak np. rozedmy płuc itd. Dawka jednorazowa hypnonu wynosi 6 do 8 kropli, tj. 0·15 do 0·20grm. Najwygodniejsze do użycia są perełki Clertana, zawierające każda po 4 ctgrm.

Również Huchard poleca hypnon jako lek sprowadzający często sen spokojny, dłuższy czas trwający. Lek ten jednak, zdaniem H., niekiedy zawodzi. Co do ubocznego działania to H. prócz uczucia palenia w przełyku, na które niektórzy chorzy się skarżyli, daléj prócz czasem po przebudzeniu się występujących bólów głowy i potów, nie zauważył nic ważnego. *(Société de thérapeutique)*.

19. Lépine i G. Sée zwrócili w roku ubiegłym uwagę na terpinę ($C_{10}H_{16}$ 2HO+*aq*). Nie będziemy tutaj szczegółowo zdawać sprawy z tych prac, bo podaliśmy już w jednym z poprzednich numerów Przeglądu Lek. dokładnie treść pracy prof. Sée o terpinie. Przypominamy tylko, że autorowie bardzo zalecają użycie środka tego wszędzie tam, gdzie dotąd używano terpentyny, środek ten posiada bowiem wszystkie dodatnie strony terpentyny jeszcze w wyższym od niéj stopniu w działaniu na płuca, a nie wywiera tak jak ta ostatnia ubocznego działania na nerki. (*Rev. méd.*, 1885, *C. r. de l'Ac. des sc.*, 1885).

Również Dujardin-Beaumetz potwierdza działanie terpiny w przewlekłych chorobach narządu oddechowego. I on także nie zauważał po użyciu 1—2, i 3 gramów terpiny jakiegokolwiek wpływu leku tego na narząd moczowy.

20. Przepędzając terpinę lub dwuwodnik terpentyny ($C_{20}H_{16}$ $2H_2O_2$+2*Aq)* z rozcieńczonym kwasem siarkowym otrzymuje się jako destylat ciecz oleistą, mocnéj woni hyacyntowéj, lub gardenię przypominającéj, którą nazwano „Terpinol“. Tanret podaje wzór chemiczny terpinolu: $C_{20}H_{16}2H_2O_2$. Postępując za radą Tanreta, Dujardin-Beaumetz zastosował terpinol zamiast terpentyny. Podawał go jużto w elastycznych torebkach zawierających po 10cgr., lub też w pigułkach przepisując go: *Rp. Terpinoli, Natrii benzoici, Sacchari āā 10·0 f. m. pill. e qua. pill. Nr. centum.* Każda pigułka zawiera więc 10 centygrm. terpinolu. Dziennie można użyć 6—12 powyższych torebek gelatynowych lub pigułek. Ponieważ doświadczenia na zwierzętach przekonały, że terpinol zostaje przeważnie przez płuca z ustroju wydzielanym, a tylko nader mała jego ilość wydostaje się przez nerki, przeto przedewszystkiém użyto terpinolu w przewlekłych nieżytach płuc. Skutek był o wiele przewyższający działanie terpentyny a nawet terpiny. Dr. Crivelli podawał bardzo duże dawki terpinolu w nieżytach dróg moczowych, lecz bez najmniejszego czyto ujemnego, czyto dodatniego działania. Beaumetz pod względem działania na błonę śluzową przewodu oddechowego kładzie na pierwszém miejscu terpinol, na drugiém terpinę, a na trzeciém terpentynę; w przeciwnym zaś porządku następują te ciała po sobie, jeżeli chodzi o rozwinięcie działania na narząd moczowy. (*Nouv. médical.*, 1886).

21. Z porządku rzeczy wspominamy tutaj także o pyrydynie (C_5H_5N), który prof. Sée poleca przeciw dychawicy. Ponieważ o tym środku już obszerniéj w swoim czasie zdaliśmy sprawę w Przeglądzie Lek., wspominamy więc tylko, że Sée stosuje środek ten tak w astmie nerwowéj, jak i powstałéj skutkiem rozedmy płuc, lub przewłocznego nieżytu oskrzeli, jako lek usuwający zupełnie duszność, poleca zaś jod jako środek, który ma leczyć dusznicę samą: „*la pyridine est le meilleur palliatif, l'iode est le remède efficace*“. W dusznicy sercowéj, nawet już w obec następowych zmian w nerkach i opuchliny, ma pyrydyn usuwać nietylko duszność ale i owo nader niemiłe uczucie ciężkości i niepokoju *(l'Oppression, Beklemmung). (C. rend. de l'Ac. des sc.)*.

22. Curci poleca jako środek działający zupełnie identycznie z kwasem salicylowym, a niedrażniący tak przewodu pokarmowego, kwas anyżowy. Kwas anyżowy powstaje przez utlenienie olejku anyżkowego i jest isomerycznym z kwasem metylsalicylowym. Jest mało w wodzie, łatwo zaś w wyskoku i eterze rozpuszczalnym. Sole tego kwasu z alkaliami rozpuszczają się łatwo w wodzie. Kwas anyżowy posiada własnosci przeciwgnilne w bardzo wysokim stopniu. Używa go się w dawkach takich jak kwas salicylowy. Curci przepisuje go: *Rp. Natrii anisati, Trae Eucalypti globuli āā 2·0, Aq. destillatae 100·0. Syrupi diacodion 40·0. S.* Na 4 razy użyć.

Związki nieorganiczne.

23. Loyssel poleca gorąco wziewania tlenu czystego w przypadkach otrucia chloroformem, eterem, chloralem, makowcem i jego alkaloidami, kwasem siarkowodowym, tlenkiem węgla i kwasem sinowodowym. Tlen podany do wziewania zachloroformowanym w celach rękoczynów chirurgicznych natychmiast przywraca im przytomność, a wszystkie skutki zachloroformowania znikają. Loyssel twierdzi, że gdyby każda klinika chirurgiczna posiadała aparat do wziewania tlenu i gaz ten w zapasie, toby przypadki przykre śmierci skutkiem zachloroformowania należały już do historyi. Lecz nietylko w przypadkach zatrucia powyżéj wymienionemi połączeniami każe autor używać tlenu, w ogóle w każdéj zamartwicy, w któréj jeszcze niezupełnie ustąpiła pobudliwość ośrodków oddechowych, choćby nawet serce już bić przestało, tlen może jeszcze dużo zrobić dobrego. Autor używał również z bardzo dobrym wynikiem tlenu w zamartwicy noworodków. Tlen można wdechiwać w ilości dowolnéj bez obawy jakichkolwiek złych następstw. *(Revue hebd. de thérap.)*.

24. *Bull. thérap.* podaje następujący roztwór leczący wyprysk moszen i części rodnych, a przedewszystkiém usuwających nieznośne swędzenie: *Rp. Kalii chlorici* 1·50, *Vini opiati* 3·0, *Aq. destillatae* 250·0. Roztworem tym obmywa się parę razy dziennie miejsca dotknięte. Można także robić okłady.

25. Gouguenheim poleca w gruźlicy płuc wstrzykiwa-

nia chlorku rtęciowego w miąższ płucny. Wielu autorów w Ameryce i we Francyi już dawniéj proponowało wstrzykiwania różnych środków w miąższ płuc w celach leczniczych, lecz odrzucało, więcéj ze zwyczaju, najdzielniejszy środek przeciwgnilny, jakim jest sublimat. Autor stósował go w 33 przypadkach suchot płucnych. Wstrzykiwania robi się zwykłą strzykawką Pravaza. Tylko igła powinna być dłuższą niż zwykle używana do wstrzykiwań podskórnych. Najdogodniejszém i najpewniejszém miejscem zastrzyknięcia jest druga przestrzeń międzyżebrowa z przodu. Po stronie prawéj można je robić także w trzeciéj przestrzeni międzyżebrowéj. Z tyłu trudniéj dosięgnąć płuca, i dla tego autor radzi wstrzykiwać tylko z przodu klatki piersiowéj. Należy unikać uszkodzenia którego z grubszych, tak licznych tutaj, pni żylnych. Tłok strzykawki należy zwolna spuszczać, aby płyn powoli dostawał się w miejsce zastrzyknięcia. Samo przez się rozumie się, że igła musi być najprzód zdezinfekcyjonowaną i w oliwie karbolowéj zamaczaną itd. Przy zachowaniu tych ostrożności autor nigdy nie widział niemiłych następstw po zastrzyknięciu. Bólu w miejscu zastrzyknięcia prawie nie było. Rozczynu sublimatu używano do wstrzykiwań w stosunku 1:500, 1:1000 i 1:2000. Słabszego rozczynu (1:2000) używał G. w przypadkach świeżych nacieków gruźliczych,—dwóch mocniejszych zaś w przypadkach rozpadu i tworzenia się jam. Autor wstrzykiwał naraz pełną strzykawkę płynu, tj. $\frac{1}{2}$ do 2 mgrm. sublimatu. Z 33 przypadków Gouguenheima w 21 nastąpiło wybitne polepszenie, polegające na zmniejszeniu się objawów wysłuchowych, na zmniejszeniu się kaszlu, znaczném zmniejszeniu wykrztuszania, a niekiedy na ogólném polepszeniu odżywienia. *(Gaz. des hôpitaux).*

R. Lépine poleca znów wstrzykiwania sublimatowe w zapaleniu płuc krupowém. Zastrzykuje on w 3cim lub 4tym dniu zapalenia rozczyn 1:40,000, wstrzykując po kilka centim. sz. w kilku miejscach zwątrobienia (ogółem wstrzykuje 20—25 cm. sz. rozczynu). Po zastrzyknięciu można stwierdzić: 1) zaraz zmniejszenie się rzężeń drobnych trzeszczących, a zastąpienie ich tu i owdzie grubszobańkowemi, — 2) w parę godzin późniéj przemijające podniesienie się ciepłoty, — 3) w dniu następnym polepszenie ogólnego stanu i początek rozdzielania, które najwybitniejszém jest w miejscach zastrzyknięcia. Ponieważ zastrzykiwanie sublimatu wykonane z ostrożnościami już wyżéj opisanemi nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla chorego, autor zachęca zatém do dalszych prób. (*Semaine médicale*). (C. d. n.)

(β) **Łagodzenie pragnienia w chorobach gorączkowych.** Cotter podaje, że u pewnego pacyjenta, któremu w czasie duru brzusznego tak dokuczało pragnienie, że co 10 minut budził się ze snu, spróbował pędzlowania języka gliceryną. Środek ten okazał się tak skuteczny, że chory mógł 2 godziny spać bez przerwy, poczém znów mu język nacierano z podobnie pomyślnym skutkiem. Autor przypisuje tę własność gliceryny nadzwyczajnéj jéj chciwości łączenia się z wodą i proponuje dodawanie do niéj *tinct. menth. piperitae* lub innego podobnego środka dla poprawienia smaku. *(Allg. medic. Central Ztg.)*

(β) **Kokain jako środek moczopędny.** We wszystkich przypadkach obserwowanych przez Dra Costę i Peurosego zauważono znaczne powiększenie wydzielania; w jednym przypadku po wstrzyknięciu podskórném 0·03 grm. kokainu ilość moczu wydzielanego z 720 gr. zwiększyła się do 1440, innym razem po 0·06, trzy razy dziennie, z 1200 podniosła się do 2880 gr. Ciężar właściwy doznawał bardzo nieznacznéj zmiany; w przypadku, w którym ilość moczu z 520 gr. zwiększyła się do 2040—2160, ciężar gat. wynosił 1010—1023. Obserwowano znaczne ilości wydzielonych moczanów, ale dokładniejszego rozbioru części składowych dotąd nie robiono. Dr. Costa i Peurose polecają kokain w puchlinie jakotéż w mocznicy w przypadkach skąpego wydzielania moczu. *(Allg. med. Central-Ztg.)*

(β) **Tinct. lobeliae inflatae w dychawicy.** Silva Nunes stosuje środek ten w znaczniejszych dawkach, niż to dotąd zwykle w terapii praktykowano. Podaje on 15 gr. a stopniuje nawet do 30 gr., przyczém nigdy nie zauważył objawów choćby lekkiego zatrucia lub jakichkolwiek złych następstw, np. wymiotów. Przepisuje *tinct. lobeliae* zwykle w połączeniu z *ac. benzoicum*.

Rp. Ac. benzoic. 10,0.
Tinct. Lobeliae 15,0—30,0,
Aq. destill. 200,0,
DS. 2 razy dziennie łyżkę stołową.

(Allg. med. Central-Ztg.)

(β) **Jodol** według spostrzeżeń jakie czynił nad nim Dr. Rona (*Orvosi hetilap* 7/86) stoi o wiele niżéj od jodoformu jako środek przeciwgnilny, a przytém wcale nie powstrzymuje szerzenia się owrzodzeń. Można go co najwięcéj kłaść na równi z azotanem bizmutowym zasadowym lub paloną kawą. *(Deut. Chem. Ztg.* 1886, Nr. 22).

(β) **Kwestyją hopeinu**, poruszoną w ostatnich czasach, zajmował się między innymi i Dr. Paschkis docent farmakologii we Wiedniu. Na mocy badań przyszedł on do tego przekonania, co i Ladenburg, że hopein jest złożony z 2ch zasad: jednéj prawdopodobnie identycznéj z morfinem, a drugiéj rozpuszczalnéj w eterze, silniéj jeszcze trującéj niż sam morfin, od którego różni się także znacznie w skutkach fizyjologicznych. Najwięcéj przemawia za tém, że tym drugim składnikiem jest jeden z alkaloidów mydryjatycznych, być może, że hyoscin. (*Deut. Chem. Ztg.* 1886, Nr. 22).

Okulistyka.

Dr. B. Remak: **Sto przypadków porażeń mięśni ocznych po błonicy.**

Nagminne panowanie błonicy w roku 1883 i 1884 w Berlinie nastręczyło sposobność spostrzegania 100 przypadków porażeń różnych mięśni ocznych w klinice prof. Hirschberga. Wbrew dawniejszemu mniemaniu, że tylko prawdziwa błonica gardła sprowadza porażenia mięśni ocznych spostrzegano pięć przypadków po zwyczajném zapaleniu gardła. W 90 przypadkach, w których zdołano dokładniéj oznaczyć czas, jaki upłynął pomiędzy wystąpieniem błonicy a pojawieniem się pierwszych oznak porażenia mięśni ocznych, wynosił ten czas od jednego do sześciu tygodni, a średnio nieco nad trzy tygodnie. Wyjątkowo szukali chorzy rady w początkach porażenia, zazwyczaj na szczycie choroby lub późniéj. Z wyjątkiem 9 przypadków dotknięte były cierpieniem dzieci niżéj 14 lat. Porażenie powstaje zazwyczaj zwolna i tak też ustępuje, niekiedy jednak dochodzi cierpienie w 24 godzinach do szczytu. W jednym przypadku znikło porażenie nagle, tak że chory, który wieczór nie mógł jeszcze czytać bez okularów, nie potrzebował ich już nazajutrz. Średniego czasu trwania porażenia akomodacyi nie było można oznaczyć dokładnie, z powodu, że chorzy nie przedstawiali się dość regularnie. Wyższego stopnia porażenie trwa zwykle kilka tygodni, wyleczenie nastąpiło na wszystkich przypadkach. Stopień porażenia był bardzo różny. W cięższych przypadkach potrzebowali chorzy z oczyma miarowemi + 1·5 do 3 Dptr., w lżejszych + 1D. do czytania. Wysokich stopni

spostrzegano 24, lekkich 16, w 60 przypadkach był stopień średni. Stopień porażenia nie pozostawał zawsze w stosunku prostym do stopnia przebytéj błonicy. Ani razu nie spostrzegano obok porażenia akomodacyi rozszerzenia źrenicy, ani téż porażenia tylko na jedném oku. Objawem często towarzyszącym bywa porażenie podniebienia miękkiego; spostrzegano je u 28 chorych, a więc u przeszło $^{1}/_{4}$ wszystkich chorych. Nierównie rzadziéj napotykano porażenia innych mięśni ocznych, ale zdanie, iż się tylko bardzo wyjątkowo wydarzają, nie jest usprawiedliwione. I tak spostrzegano porażenie mięśnia zewnętrznego, jużto na jedném, już téż na obu oczach, w 10 przypadkach, porażenie nerwu okoruchowego spostrzegano tylko raz jeden na obu oczach w towarzystwie bezładu ruchowego, w przypadku, który się śmiercią zakończył. Porażenie mięśni zewnętrznych bywa w stopniu niskim, tak, że celem wykrycia widzenia zdwojonego używać potrzeba szkła czerwonego. W jednym przypadku napotkano obok porażenia akomodacyi zezowatość towarzyszącą zbieżną. Völckers, Herschel i Nagel zwrócili uwagę, że obok akomodacyi cierpi często i bystrość wzroku a ostatni upatruje przyczynę tego w lekkiém zapaleniu n. wzrokowego. Autor nie zgadza się z tém tłumaczeniem a na 100 przypadków nie znalazł ani razu zapalenia n. wzrokowego. Zmniejszenie bystrości wzroku stara się autor wytłumaczyć jużto rzeczywistą niezbornością, jużto małą wprawą w czytaniu młodocianych chorych, jużtéż wreszcie przypuszczeniem, że niezborność fizyjologiczna wzmaga się skutkiem naprężenia obwódki Zinna, spowodowanego przez zwolnienie porażonego mięśnia rzęskowego, co sprawia, że niezborność soczewkowa jeszcze mniéj dokładnie niż w stanie prawidłowym wyrównywa niezborność rogówkową. *(Centralbl. f. prakt. Augenhk.*, 1886, czerwiec). *Rydel.*

(β) **Prątki jęczmyka stwardniałego.** Poucet i Boucheron znaleźli w ropie jęczmyka osobny rodzaj prątków. Vasseaux robiąc doświadczenia w tym kierunku nie otrzymał ani hodowli odpowiednich, ani za pomocą środków mikrochemicznych nie zdołał wykazać prątków, skutkiem czego przypuszcza, że jęczmyk stwardniały nie jest cierpieniem wywołaném przez pasorzyty. Pomimo ujemnych wyników otrzymanych przez Vasseauxa B. obstaje przy swojém i na mocy swych spostrzeżeń przemawiających za obecnością prątków przypuszcza, że choroba polega na pasorzytach. W początkowych okresach znajdują się według niego koki w wielkiéj obfitości, późniéj znikają, czasem zdarzyć się może, że nie ma ich wcale, podobnie jak w sztucznych hodowlach. Hodowle należy robić metodą Pasteura, jedynie tą drogą można dojść do pewnych rezultatów. Wprowadzane do krwi przyprawiają zwierzę wkrótce o śmierć. Sekcyja wykazuje zapalenie nerek rdzenne lub téż korowe; również wykazać się dają koki w błonach surowiczych i stawach. *(Allg. medic. Central Ztg.* 1886, Nr. 57).

Medycyna sądowa.

Kelp: O udawaniu chorób umysłowych.

Prof. Pasegue (w *Annales med. psychol.* Mai 1886) i prof. Wille w Bazylei (w *N. York medico-legal Journal* December 1885) zwracają uwagę na okoliczność, że wszyscy, którzy symulują obłąkanie, są chorymi na umyśle. W szczególności podaje Wille, że w praktyce swéj nie spostrzegał ani jednego przypadku symulacyi obłąkania, w którym stan umysłu symulanta byłby prawidłowym. Symulanci byli to ludzie, miewający napady epileptyczne, histeryczne, alkoholiści lub dziedzicznie obciążeni, tak że stan ich umysłowy zarówno graniczył z chorobą jak ze zdrowiem. Ztąd zarówno z innymi psychijatrami wnosi, że symulacyja obłąkania chyba wyjątkowo zdarza się u człowieka całkiem zdrowego na umyśle; a z tego wynika, że jakkolwiek wydawać się to może dziwném — symulacyję obłąkania należy w przypadkach sądowych uważać raczéj za okoliczność łagodzącą winę oskarzonego. Kelp, który w praktyce swojéj 25-letniéj psychijatrycznéj zaledwie jeden przypadek symulacyi obłąkania spostrzegał u człowieka zdrowego, pisze się w zupełności na zdanie powyższe, przytaczając nadto zgodne zapatrywania Sandera i Richtera (*Die Beziehungen zwischen Geistesstörung u. Verbrechen*, 1886), Knechta i innych. (*Friedreichs Bl. f. ger. Medicin*, 1886, V).

(Od lat kilkunastu bronimy powyższéj zasady teoretycznie i w praktyce sądowéj, dlatego pospieszamy zwrócić uwagę głównie kolegów lekarzy sądowych na zdanie powyższe, tak stanowczo wypowiedziane przez doświadczonych psychijatrów. *Sprawozd.)* *L. B.*

Küstner: **Znaczenie sądowolekarskie krwiaka m. mostkosutkowego u noworodków.** Dotychczas przypuszczano w medycynie sądowéj na podstawie prac i doświadczeń Fasbendera, Dohrna i Skrzeczki, że krwiak mięśnia w mowie będącego, czasem napotykany u noworodków, powstaje skutkiem silnego naciągania szyjki śród porodu, że więc dowodzi działania ręki lub narzędzia, założonego przez operatora, a w przypadkach porodu tajnego, z jakim w przypadkach domniemanego dzieciobójstwa prawie wyłącznie ma się do czynienia, przemawia za samopomocą rodzącéj. Tymczasem K. opisuje przypadek porodu pośladkowego, w którym niedotknięto się wcale dziecka, a znaleziono krwiak m. mostkosutkowego; daléj dowodzi na podstawie umyślnie czynionych doświadczeń, że naciąganie szyjki wcale nie wystarcza do wywołania krwiaka, lecz potzeba do tego skręcenia szyi z twarzą zwróconą ku stronie odnośnego mięśnia. Gdy zaś skręcenia takie zdarzają się i w porodach dobrowolnych, więc z obecności krwiaka m. mostko-sutkowego nie można wcale wnosić o użytéj pomocy za pomocą ręki lub narzędzia. (*Centralbl. f. Gynäkolog.*, 1886, 9). *L. B.*

V. Billrotha Aforyzmy [1]).

Od chwili objęcia steru przez obecnego Ministra oświecenia co tydzień prawie spotykamy się z nowym dowodem, że w Ministerstwie tém pod wpływem dzielnego kierownika zawrzało nowe życie i gotują się reformy we wszystkich gałęziach wychowania publicznego. Reformy te po części już w życie wprowadzone, po części zapowiedziane, w ogóle przyjęte zostały z uznaniem; nie obeszło się atoli i bez opozycyi tam, gdzie zmiana zdawała się być zbyt radykalną lub uciążliwą dla warstw pewnych. Wielką wrzawę wywołało zapytanie p. Ministra, wystósowane przed kilku tygodniami do Wydziału lekarskiego we Wiedniu (p. Nr. 34 Przegl. Lek.), czy w obec napływu uczniów i niemożności brania udziału wszystkich w wykładach i ćwiczeniach, nie wypadałoby ograniczyć liczbę słuchaczów. P. Minister dotknął tém odezwaniem się rany otwartéj, któréj dotąd przypatrywano się z założonemi rękami, a któréj nie śmiano leczyć, z obawy, aby nie szkodzić pacyjentowi samemu lub narazić na stratę materyjalną jego otoczenia. To téż gdy istnienie téj rany urzędowo i jawnie ogłoszono, gdy nadto

[1]) Aphorismen zum „Lehren u. Lernen d. med. Wissenschaften" von Dr. Th. Billroth, Wien 1886, C. Gerold.

potrzebę leczenia jéj uznano za konieczną, uderzono w alarm, obwiniając p. Ministra, że się targa na wolność uczenia się i nauczania, gdy chce ograniczyć liczbę uczniów w Wydziale lekarskim stolicy. Podjęto wdzięczny temat, wydano hasło ponętne, albowiem jak francuskie *„liberté, fraternité, égalité"*, tak „wolność nauki", to jedna z podwalin nowoczesnego państwa prawnego, a usunięcie téj ważnéj podwaliny grozi niebezpieczeństwem całemu państwu. Że p. Minister wcale nie tknął się wolności nauczania a radby tylko zapobiedz wolności nieuczenia się, to spuszcza się z uwagi, aby módz wystąpić jako trybun zagrożonéj rzekomo wolności. Dotąd atoli mamy tylko zapytanie p. Ministra, a nie znamy jeszcze odpowiedzi zapytanego, to jest Wydziału lekarskiego we Wiedniu, a ciekawą jest rzeczą, jak opiewać będzie ta odpowiedź, a mianowicie czy większość Wydziału kierować się będzie zasadą nietykalności stosunków dotychczasowych lub też zdobędzie się na wnioski jakieś dodatnie, zmierzające do usunięcia złego. Już teraz pewien organ lekarski we Wiedniu wzywa dziekana, aby powstrzymał zabiegi „gorliwych służalców" i wyraża obawę, że „zamach na wolność" znajdzie, choć nie wielu, zwolenników w łonie Wydziału. Pod wpływem tych głosów dziennikarskich zapewne nie wielu się znajdzie członków, którzyby przyklasnęli myśli p. Ministra, ale ciekawi jesteśmy, za czém ostatecznie Wydział się oświadczy. Nie podobna nieoświadczyć się za potrzebą środków zaradczych, bo faktem jest niezaprzeczonym, że większa połowa zapisanych uczniów korzystać z nauki absolutnie nie może; ograniczenie liczby uczniów, *„numerus clausus"*, byłoby połączone z dotkliwym uszczerbkiem materyjalnym dla profesorów, a dałoby się przeprowadzić bez uszczerbku tego dopiero po zniesieniu czesnego; najprawdopodobniéj według naszych informacyj, większość uzyska wniosek, aby pomnożono katedry i zakłady, aby więc większéj liczbie uczniów daną była możność uczenia się, jakkolwiek wniosek ten nie tylko z powodów finansowych nie da się przeprowadzić, ale jest niewykonalnym prawie i z licznych innych powodów. Zapewne przy téj sposobności nie obejdzie się bez utyskiwania na degradacyję Wydziału wiedeńskiego, który obecnie szczyci się największą liczbą uczniów pomiędzy wszystkiemi Wydziałami z językiem wykładowym niemieckim, a są i tacy, którzy przewidują groźne starcie z Węgrami, jeżeli przez *„numerus clausus"* w pierwszym rzędzie wykluczy się owych 900 uczniów, których obecnie dostarcza korona św. Szczepana. Ta obawa jest całkiem płonną: Minister oświecenia w Węgrzech wyczekuje tylko ograniczenia liczby uczniów we Wiedniu, aby przystąpić do utworzenia 3go uniwersytetu węgierskiego, prawdopodobnie w Preszburgu, a wiadomość o tém ograniczeniu przyjmie z wdzięcznością.

W każdym razie gotuje się walka zażarta, a tuż przed jéj rozpoczęciem wstępuje w szranki jeden z najznakomitszych członków Wydziału lekarskiego wiedeńskiego, znany z odwagi w bronieniu swych zasad i zapatrywań, występuje z książką, która temi dniami opuściła prasę, a z któréj treścią chcemy zapoznać czytelnika.

Lat temu 11, gdy prof. Billroth wydał dzieło swoje *„Lehren u. Lernen der medicinischen Wissenschaften"*, które narobiło w swoim czasie tyle hałasu i ściągnęło na autora tyle pocisków, że aż ówczesny Minister oświecenia widział się zmuszonym bronić mniéj lub więcéj niesłusznie podejrzywanego i oskarżonego przed Radą Państwa. Po uspokojeniu się namiętności staraliśmy się w szeregu artykułów, umieszczonych w roczniku Przeglądu Lek. z r. 1876, wykazać strony dodatnie i ujemne książki. A skoro Billroth pracę obecną nazywa epilogiem owéj książki, wypada i nam pójść w ślad za nim, aby wykazać, czy i o ile szan. autor zmienił swoje zapatrywania, a to tém bardziéj, o ile autor nawięzuje rzecz do kwestyi na porządku dziennym będącéj, a o któréj na wstępie wspomnieliśmy.

Nie wątpimy, że i ten epilog wywoła wrzawę w dziennikach i przysporzy tyle zasłużonemu uczonemu przydomka „gorliwego służalca"; co do nas atoli, jak przed 10 laty nie szczędziliśmy autorowi zarzutów z powodu wielu zdań, z któremi i my zgodzić się nie mogliśmy, tak obecnie stanowczo, przynajmniéj w kwestyi głównéj, piszemy się na zdanie jego wytrawne, a co ważniejsza, wypowiedziane śmiało i otwarcie. Bo też w tych 11 latach znaczna zaszła zmiana w uczonym profesorze. Już to nie jest ten sam hardy nieugięty w obec władz Pomorzanin, ów Prusak czarno-żółto pokostowany, jak go słusznie czy niesłusznie wówczas we Wiedniu nazywano; już to nie ten sam kolega nieoględny i arystokrata w obec uczniów, zwłaszcza ubogich; zmienił on się znacznie w ostatnim lat dziesiątku i bardzo na swoją korzyść: zaokrągliły się i wygładziły formy jego, styl jego piękny i lotny nie trąci już burszem niemieckim i knajpą, owszem trzyma się wszędzie w granicach uprzejmości wiedeńskiéj, ani śladu o wycieczkach przeciw władzom, kolegom, uczniom, a co ważniejsza ani śladu buty brandenburskiéj i hańbiącego wiek nasz wynalazku pruskiego, antisemityzmu, którego jednak mimowolnym zapewne zwiastunem w Austryi stał się Billroth przed 11 laty. Epilog obecny godny jest w zupełności powagi męża, zajmującego w nauce tak wybitne stanowisko; zmienił on gruntownie swoje zapatrywania i przewiduje, że zmiana ta pociągnie dla niego zarzuty o brak konsekwencyi; pociesza się atoli sam w przekonaniu, „że „trwanie w zapatrywaniach, które się uznało jako błędne, „przemawia bardziéj za uporem aniżeli charakterem".

W dowód zaś, jak daleco B. zmienił swoje zapatrywania, przytoczymy parę przykładów:

W dziele swojém przed 11 laty wydaném B. w sposób sarkastyczny wyraża się o higijenie, nazywając higijenistów „marzycielami, którzy wszczynają walkę, któréj cele dla mnie są za nadto odległemi, abym ich mógł dojrzeć; przyznaję, że pod tym względem istotnie jestem krótkowidzem". Rzym—powiada on,—był zawsze bagnem zimniczém,—usiłował zabezpieczyć się przed wymarciem zaprowadzając wodociągi i kanalizacyję, a przecież wszystko to nie zdołało go ocalić od zniszczenia przez Germanów! Taki był wówczas sąd, taka argumentacyja! A teraz? „Wybudowanie i organizowanie wielkiego zakładu higijenicznego byłoby postępem, w którym udział wziąść winny i miasto Wiedeń i państwo, gdyż nie tylko miasto, ale i ludność całego państwa korzystałaby z takiego zakładu. Zakład taki powinien mieć 3 oddziały: chemiczny, bakteryjologiczny i techniczny; każdy oddział powinien mieć swego przełożonego i przynajmniéj 3—4 asystentów i tylu sług, nadto audytoryja, pracownie, zbiory itd. itd. Zakład mały, prowizoryczny, byłby nieszczęściem wielkiém dla sławy uniwersytetu. Kierunek anatomiczny w medycynie, wytworzony i szerzony głównie przez szkołę wiedeńską, jest na schyłku; teraz starać się musimy o utorowanie nowych dróg w kierunku etyjologicznym". — „Na drodze terapii etyjologicznéj i profilaksy na samym wstępie osiągnęliśmy niespodziane rezultaty lecznicze ku pożytkowi i zachowaniu milijonów ludzi".—Przeciwstawienie owych nie-

uzasadnionych żartów z poważnem a tak uzasadnionem zdaniem obecnem wykazuje najlepiéj, jak dalece B. zmienił swoje zapatrywanie na znaczenie nauki, które teraz tak rażne czyni postępy i naukom lekarskim tyle przysparza korzyści.

Przed 11 laty B. uznał „przykładanie się do nauk przyrodniczych za najlepszą szkołę przygotowawczą dla medyka“; nie dosyć na tém,—bo w téj mierze każdy odda mu słuszność—żądał, aby uczeń medycyny przez rok cały uczęszczał na botanikę, zoologiję i anatomiję porównawczą, oraz na m i n e r a l o g i j ę i g e o l o g i j ę. A teraz? Posłuchajmy: „Jeżeli nauki przyrodnicze wykładane będą w sposób obszerny w gimnazyjach, można uwolnić medyka od słuchania wykładów i egzaminów z tych przedmiotów. Pewna znajomość objawów przyrody, świata roślinnego i zwierzęcego, obecnie tak dalece należy do charakterystyki człowieka wykształconego, że mojém zdaniem wiadomości tych nabyć trzeba już w szkołach średnich“. Zgoda najzupelniejsza, bo pod tym względem doświadczenie nasze licuje najzupełniéj z tém zdaniem, i my uważamy czas poświęcony naukom przyrodniczym podczas studyjów lekarskich za zupełnie stracony dla medyka.

Podczas gdy dawniéj B. o instytucyi docentów wydawał sąd dziwny, rubaszny, obecnie okazuje się dla nich o wiele życzliwszym, bierze w obronę przeciw Wydziałowi poliklinikę, dowodząc, że członkowie jéj nie zgrzeszyli wcale przeciw ustawom obowiązującym i życząc im, aby czém prędzéj doszli do posiadania szpitala.

Przytoczywszy tych kilka przykładów w dowód, że B. w wielu kwestyjach przestał być krótkowidzem, możemy przystąpić do streszczenia jego epilogu i podania wniosków, do których dochodzi w sprawie przepełnienia Wydziału lekarskiego. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** panuje w Budapeszcie i w Raab, a w kilku innych miastach węgierskich, jak w Komornie, pojawiły się poszczególne przypadki: w stolicy węgierskiéj raz w ciągu ostatniego tygodnia zapadło jednego dnia 100 osób, późniéj cyfra malała. Według Časop. lek. česk. zdarzył się przypadek podejrzany i w Pradze czeskiéj: d. 19 września umarł tam w oddziale prof. Eiselta w ciągu 3 godzin wyrobnik 43-letni, przywieziony z Holeszowic, śród objawów wielce podejrzanych; wynik sekcyi przemawiał za cholerą; w preparatach mikroskopowych zdołano znaleźć zaledwie jeden twór, do prątka przecinkowego podobny; hodowla atoli dała wynik ujemny.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 12—18 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·4. Z płonicy umarło 2 (1 z. t.); z dławca 4 (1 z. t.). z gorączki połogowéj 0 (2 z. t.); z gruźlicy 9 (4 z. t.); z biegunki 10 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 5—11 września umarło z ospy: w Warszawie 2, w Budapeszcie 24; w Wiedniu, Pradze i Wenecyi po 1; w Paryżu 2, w Petersburgu 5. Z duru osutkowego umarło: w Düsseldorfie 1. Z cholery umarło w Tryjeście 49, w Pola 3. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 5, w Budapeszcie 6, w Paryżu 22, w Londynie 13, w Petersburgu 10. Z odry umarło: w Paryżu i Londynie po 18. Z płonicy umarło: w Warszawie 9, w Budapeszcie 18, w Londynie 11, w Petersburgu 14. Z błonicy i dławca umarło: w Budapeszcie 13, w Berlinie 26, w Dreźnie 11, w Londynie 14. Z krztuśca umarło: w Paryżu 8, w Londynie 26.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 5—11 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,1; we Lwowie 25,1; w Brodach 45,9; w Drohobyczu 30,3; w Kołomyi 32,6; w Przemyślu 29,4; w Stanisławowie 38,2; w Tarnopolu 36,8; w Tarnowie 18,4; w Czerniowcach 24,5; w Warszawie 24,6; w Poznaniu 28,2; w Wiedniu 25,1; w Salcburgu 11,8; w Gracu 24,1; w Tryjeście 62,7; w Insbruku 49,8; w Pradze 34,4; w Bernie 25,6; w Ołomuńcu 25,5; w Opawie 38,0; w Berlinie 36,4; we Wrocławiu 22,7; w Gdańsku 28,1; w Dreźnie 37,5; w Hamburgu 39,0; w Kolonii 42,2; w Lipsku 25,7; w Mnichowie 40,0; w Strasburgu 26,9; w Amsterdamie 25,9; w Bazylei 13,2; w Brukseli 29,2; w Chrystyjanii 22,6; w Genewie 18,0; w Kopenhadze 29,7; w Londynie 16,5; w Odesie 35,0; w Paryżu 21,2; w Petersburgu 26,2; w Rzymie 25,8; w Stokholmie 22,5; w Wenecyi 27,2; w Zurychu 13,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 września. Wpisy na wykłady uniwersyteckie już się rozpoczęły, a d. 6 października nastąpi uroczyste otwarcie roku szkolnego. Na mocy uchwały Senatu akademickiego w lipcu zapadłéj odtąd otwarcie roku szkolnego nie będzie się ograniczać do nabożeństwa, lecz po niém nastąpi posiedzenie uroczyste, na którém rektor ustępujący po zdaniu sprawy z czynności naukowych roku zeszłego odda w ręce nowego rektora oznaki godności swéj, a tenże będzie miał stósowną przemowę. Ponieważ na posiedzeniu tém obecni będą nietylko członkowie uniwersytetu i uczniowie, ale i goście, a aula w nowym gmachu jeszcze nie gotowa, więc uroczystość tegoroczna odbędzie się wyjątkowo w amfiteatrze nowodworskim, a rektor prof. T a r n o w s k i mieć będzie wykład z dziedziny literatury polskiéj.

* **Berlin**. Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich niezawodnie był świetnym, skoro 6.000 miał członków i uczestników; bawiono się dobrze w stolicy niemieckiéj, ale czy pod względem naukowym Zjazd ten również przewyższył poprzedzające, o tém będzie można sądzić dopiero po ogłoszeniu wykładów i rozpraw w poszczególnych sekcyjach. Zdaje nam się atoli, że Zjazd ostatni, tak świetny pod względem liczby członków i środków naukowych, dostarczy dowodu niezbitego, że pod względem naukowym Zjazdy straciły wszelkie swe znaczenie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny Dr. Józef T h o m a y e r mianowany został nadzw. profesorem medycyny wewnętrznéj w Wydziale czeskim. — **Lipsk.** Dyrektor kliniki lek. w Dorpacie prof. H o f f m a n n mianowany został prof. szczegółowéj patologii i terapii. — **Monachijum.** Docent prywatny Dr. S t u m p f mianowany profesorem w szkole dla położnych. — **Würzburg.** Na opróżnioną po M a a s i e katedrę kliniczną chirurgii Wydział lekarski proponował: proff. S c h ö n b o r n a z Królewca, T r e n d e l e n b u r g a z Bonny i M i k u l i c z a z Krakowa. — **Petersburg.** Prof. M i e r z e j e w s k i otrzymał order św. Włodzimierza 3éj klasy.

* **Mianowania.** Radzca namiestniczy i referent spraw lek. na Morawie, Dr. Emanuel K u s y, mianowany został radzcą sekcyjnym w Ministerstwie spraw wewn.

* **Nekrologija.** W Montreux umarł Dr. Henryk K r o n e n b e r g (ur. w Warszawie w r. 1813, uzyskał stopień doktora w Berlinie 1835 r., praktykował w Moskwie a od r. 1862 w Warszawie; był autorem kilku rozpraw naukowych).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 39: P r u s a (z kliniki prof. Korczyńskiego): Kilka uwag o zachowaniu się krwi bielicowéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: J a k o w s k i e g o: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); M a t l a k o w s k i e g o: 36 przypadków przetok moczowych (c. d.); Z a b ł u d o w s k i e g o: Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 9: S t r z e s z o w s k i e g o: O zrostach serca z osierdziem i o kostniakach osierdzia.

Piśmiennictwo lekarskie. Sprawozdanie fizyka stoł. król. m. Krakowa za r. 1884 ułożył Dr. Jan Buszek, fizyk miejski. Kraków, 1886.

W r. zeszłym w Nr. 19 Przeglądu Lek. zdaliśmy sprawę ze sprawozdania fizykatu m. Krakowa za r. 1883 oddając mu w pełni zasłużone pochwały; dziś mamy przed sobą drugie sprawozdanie, któremu z przyjemnością przyznać musimy równe, jeżeli nie większe pochwały co sprawozdaniu pierwszemu. Układ

sprawozdania, o którém mowa, jako oparty na wyborowych a licznych wzorach zagranicznych, a którego pobieżny przegląd podaliśmy w roku zeszłym, nie uległ w ogóle zmianie, pojedyncze działy zostały tylko w niektórych razach inaczéj, a powiemy stosowniéj, ugrupowane. Tak zwane normalija, które w poprzedniém sprawozdaniu umieszczone były na końcu, włączono w niniejszém do odpowiednich rozdziałów w tekscie, a na końcu podano jedynie spis tychże z wskazaniem ich miejsca; zyskał przez to pogląd na stan pojedynczych spraw. Sprawozdanie za r. 1884 jest nieco obszerniejsze niż za rok poprzedni, mimo że to ostatnie mieściło instrukcyje dla miejskiéj służby zdrowia, w niniejszém bowiem podano większą liczbę normalijów. Nie możemy tu wchodzić w rozbiór pojedynczych szczegółów, zabrałoby to bowiem zbyt wiele miejsca, ogólnie zatém powiemy tylko, że wszędzie widnieje postęp, piecza i staranie o usunięcie wad i niedostatków higijenicznych, postęp jednak powolny, nie zawsze bowiem idzie pod tym względem w parze wydawanie rozporządzeń przez władze z gorliwością fizyka.

Pojawienie się drugiego sprawozdania dozwala nam mieć nadzieję, że nadal co rok fizyk układać będzie w myśl instrukcyi sprawozdanie, a Rada miasta nie szczędzić kosztów na ogłoszenie go drukiem. Sprawozdanie takie zapisując każdą reformę, każdy postęp, jaki się u naś na polu higijeniczném dokonywa i wykazując nieraz cyframi jego znaczenie, ma nietylko wielką doniosłość dla stosunków miejskich ale i dla zagranicy, którą poucza, że wprawdzie u nas nieświetnie, ale że dążymy, aby na drodze postępu w tyle nie pozostać. Część druga zwłaszcza statystyczna przeglądającemu cyfry nastręcza wiele ciekawych porównań i wskazówek, nietylko miejscowego znaczenia ale i ogólniejszego, z tego powodu pozwalamy sobie rzucić tu myśl, aby fizyk przegląd najważniejszych dat ogłosił po niemiecku w którém z pism zawodowych.

Sprawozdanie, o którém mowa, może być nietylko bardzo ciekawe dla lekarzy miejskich, ale z powodu że zawiera dosłownie wiele zarządzeń Magistratu i rozporządzeń władz wyższych bardzo pożyteczne a i lekarze wolno praktykujący lub mający inne urzędowe stanowisko przy przejrzeniu jego znajdą wiele cennych wskazówek zachowania się.

Korzyści podobnego sprawozdania zbyt są widoczne i powszechnie uznane, dla tego wielce żałować wypada, że z miast polskich dotąd jedynie tylko Kraków zrozumiał znaczenie takich sprawozdań i zdobył się na ich ogłaszanie. *K. Gr.*

○ Tajne środki lekarskie zyskują w obecnych czasach coraz większe rozpowszechnienie, z drugiéj atoli strony także i opozycyja przeciw nim coraz szersze przybiera rozmiary. Urzędy zdrowia w różnych krajach zwracają coraz baczniejsze oko na te środki a postępy chemii rozbiorowéj dozwoliły już wykazać w znacznéj liczbie przypadków grube oszustwo ze strony fabrykantów każących sobie płacić za te środki kwoty, niezostające w żadnym stosunku z wartością środków do wyrobu użytych. W ostatnich czasach pojawiło się téż kilka broszur omawiających sprawę rzeczonych środków; z pośród nich nadesłano nam jednę p. t.: *Der moderne Geheimmittelschwindel. Ein Beitrag zur vollständigen Blosslegung und Bekämpfung desselben von Medicinae Drd. Sigmund Fried.* Broszura ta po omówieniu sprawy ze stanowiska ogólnego wykazuje oszustwa, jakich się dopuszczają fabrykanci niektórych środków tajnych i podaje skład pewnéj liczby tychże oraz przytacza przykłady niestosunku ceny środka do wartości. Między innemi znajdujemy wymieniony Mizerskiego Balsam Vetoriniego, według autora szczególnie w Polsce rozpowszechniony przeciw chorobom skórnym wszelkiego rodzaju, bólowi zębów, cholerze itd.; ma to być wyskokowy rozczyn tynktury arniki z wielu olejkami eterycznemi, balsamem toluańskim i żywicą elemską; wartość kilku krajcarów. Krople na ból zębów amerykańskie Majewskiego z Warszawy mają być wódką franciszkańską (*Franzbranntwein*) rozcienczoną wodą słoną i zabarwioną koszenilą. Fabrykant ma się zadowalać zyskiem równającym się 2300%.

W końcu broszury F. podaje środki, jakichby się chwycić należało celem położenia tamy szerzeniu się środków, o których mowa. Zaleca: 1) Utworzenie urzędu zdrowia na wzór berlińskiego państwowego Urzędu zdrowia; 2) Upoważnienie policyi do konfiskowania środków, których cena przewyższa dwukrotną wartość i do karania fabrykantów; 3) Nie udzielanie koncesyj do wyrobu takich środków; 4) Konfiskowanie dzienników, broszur, książek zachwalających je i pociąganie do odpowiedzialności redaktorów, wydawców, drukarzy itd.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 9 października 1886. № 41. Rok XXV.

I. Przyczynek do chirurgii jelit. Resekcyja znacznéj części jelita (36 cm.) w przypadku przepukliny uwięźniętéj zgorzelą dotkniętéj. Wyleczenie.

Podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

Jak postąpić sobie wypada w przypadku uwięźniętéj przepukliny zgorzelinowéj, jest dotąd sprawą nierozstrzygniętą; jedni chirurdzy radzą w tych przypadkach, według dawnego sposobu, zakładać sztuczną odbytnicę i dopiero późniéj resekować lub za pomocą kleszczy jelitowych Dupuytrena usuwać sztuczną odbytnicę, inni resekować natychmiast i pogłębiać zeszyte jelito. Kwestyja ta zostanie rozwiązaną zdaje się dopiero w przyszłości z uzupełnieniem statystyki odnośnéj obu operacyj: resekcyi pierwotnéj i założenia sztucznéj odbytnicy z resekcyją następową; dotychczasowa statystyka wykazywała lepsze wyniki z resekcyi następowéj w obec znacznéj stosunkowo liczby niekorzystnych wyników resekcyi pierwotnéj. Najracyjonalniejszém wydaje mi się zdanie wypowiedziane przez Czernego względem resekcyi pierwotnéj: „granice wskazań do téj operacyi dadzą się dopiero oznaczyć, skoro rozleglejsze doświadczenie i lepsza technika operacyjna, wartość resekcyi jelita podniosą“. Technika operacyjna wiele jeszcze pozostawia do życzenia, za to antyseptyka zrobiła olbrzymie postępy i tato ostatnia okoliczność usprawiedliwić może chirurgów, którzy ważyli się na wykonanie resekcyi pierwotnéj wobec zgorzeli jelita uwięźniętego. Że udoskonalonéj antyseptyce zawdzięczać mamy w wielkiéj części udanie się téj operacyi, najlepiéj nam to udowodni porównanie dawniejszych dat statystycznych téj operacyi z nowszemi.

I tak Jaffe (*Sammlung klin. Vortr.* Nr. 201, pag. 1691) zebrać mógł w r. 1881 16 przypadków w ten sposób operowanych z wyleczeniem w 7, a więc około 44% wyleczonych; dodaje jednak, „że jeżeli doliczymy nieogłoszone przypadki z zejściem śmiertelném, cyfra śmiertelności wypadnie wyższą niż 56%“.

Rydygier (*Berl. klin. Woch.* 1881, Nr. 43, p. 634—635) zebrał 31 przypadków resekcyi jelit dla przepukliny zgorzelinowéj, z tych 8 tylko wyleczonych, a więc zaledwie 25% wyleczonych. Makins (*The Brit. med. Journ.* April 1885, p. 839) w Anglii zebrał 55 przypadków resekcyi jelita dla zgorzeli; procent śmiertelności wynosił 52%, w 40 przypadkach resekcyi dla sztucznéj odbytnicy procent śmiertelności wynosił tylko 38%.

P. Reichel (*Deutsche Zeitschr. f. Chirur.* t. XIX, z 3 i *Berl. klin. Woch.* 1884, p. 577) z Wrocławia, zebrał razem statystykę Rydygiera i Madelunga i naliczył 121 przypadków resekcyj, z tych w 37 wykonano resekcyję z powodu *anus praeternaturalis*, albo przetoki kałowéj, z zupełném wyleczeniem w 21 przypadkach, z nieudaniem się operacyi w 2 przypadkach (przetoka kałowa pozostała) i z zejściem śmiertelném w 14 przypadkach; więc 21 wyleczeń przypadło na 16 przypadków nieudałych. Z 56 przypadków operowanych z powodu przepukliny zgorzelinowéj, w 24 nastąpiło wygojenie zupełne, w 3 przetoki kałowe pozostały, 29 przypadków zaś zakończyło się śmiercią chorych; wynik więc zupełnie korzystny osiągnięto w 24 przypadkach, w 3 wynik był niezupełnym a w 29 operacyja się nie udała; w 10 przypadkach operowano w ten sposób dla wyłuszczenia złośliwych nowotworów z zejściem śmiertelném w 5; w 8 operowano z powodu zatkania jelit: z tych 6 umarło, 2 wyzdrowiało; 10 z powodu zranienia jelit: z tych 4 umarło, 6 wyzdrowiało. W ogóle wykonano więc według Reichela (aż do czasu jego ogłoszenia) 121 resekcyj jelit z wyleczeniem w 57 (13 było powikłanych z wytworzeniem się przetoki kałowéj na czas krótki), w 5 pozostała przetoka kałowa trwale, 58 przypadków zakończyło się śmiercią, a w jednym wynik jest nieznanym.

Na podstawie powyższego zestawienia Reichela przypada 21 wyników korzystnych na 16 niekorzystnych. Reichel skłania się ku zarzuceniu metody staréj, pomimo, że sam nieświetne osiągnął wyniki z resekcyi (stracił 5 chorych na 9 operowanych!)

Mając niedawno sposobność wykonania pierwotnéj resekcyi w przypadku przepukliny zgorzelą dotkniętéj na oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala powszechnego, w zastępstwie prymaryjusza tegoż Dra Ziembickiego, za co Mu wielce jestem obowiązany, uważam za stósowne podać tu historyję choroby naszego przypadku.

Kiryło Irymiec, wyrobnik z Zawidowic, liczący lat 41, miał od lat niepamiętnych przepuklinę pachwinową prawą, wolną, wielkości jaja kurzego; podtrzymywał ją zawsze pelotą. Dnia 2 sierpnia rb. uderzony został w przepuklinę i obalony przewracającym się na bok wozem naładowanym sianem. W téj chwili obrzęk w pachwinie powiększył się do wielkości głowy dziecięcéj, chory dostał silnego bólu w tymże utrzymującego się dotychczas wśród zaczerwienienia i napięcia powierzchni tegoż; równocześnie wystąpiły mdłości i kilkorazowe wymioty. Wśród tych przypadów przyjęto chorego na oddział chirurgiczny 4/8 rano. Badanie wykazało u mężczyzny średniego wzrostu, dobrze zbudowanego, twarzy ogorzałéj nieco zapadłéj, oczach połyskujących, guz kulisty nieruchomy wielkości prawie głowy dorosłego mężczyzny, zajmujący okolicę pachwinową i moszenową prawą. Z przodu guza zauważyć można drugie wypuklenie kształtu i wielkości jaja kurzego. Guz w całości jest przy omacywaniu mocno bolesny, odgłos wypukowy nad nim bębenkowy, skóra zaczerwieniona, obrzękła, połyskująca, a ciepłota jéj zwiększona, przy czém skóra w fałd ująć się nie daje. Nasada guza wypełnia szczelnie kanał pachwinowy; chory ma ciągłe mdłości i od czasu do czasu wymiotuje kałem; tętno 100, słabe, ciepłota 38·4. W obec takiego stanu było rzeczą jasną, że mieliśmy przed sobą przepuklinę pachwinową wielkich rozmiarów uwięźniętą, ze znacznym naciekiem zapalnym części otaczających.

Zaraz po przyjęciu chorego kilkakrotnie próbowano uskutecznić *taxis*, ale wszelkie zabiegi były nadaremnemi. Polecono następnie okłady ciepłe często odmieniane na okolicę guza, a w razie gdyby tenże pod niemi do wieczora nie zmalał, postanowiono przystąpić do herniotomii, którą téż tegoż dnia (4/8) o godzinie $5\frac{1}{2}$ wieczorem przy łaskawéj asystencyi Drów Lateinera, Dursta i Węgrzyńskiego wykonałem. W głębokiéj narkozie chloroformowéj i po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego poprowadziłem cięcie ukośne ku mosznom na wypukłości guza i warstwowo na zgłębniku rowkowanym przeciąłem części miękkie aż do worka przepuklinowego, podwiązano przy tém kilka tryskających tętniczek. W worku przepuklinowym mocno cuchnącym wśród znacznéj ilości wody przepuklinowéj i baniek powietrza, przebijało czerwono zabarwione jelito; po otwarciu worka przepuklinowego wypadła pętla jelita mocno cuchnąca, ciemno-wiśniowo prawie czarno zabarwiona, nieokazująca ani śladu żywotności. Wprowadzono ostrożnie na palcu herniotom i przecięto ku górze wiąz Pouparta; następnie wydobyto ostrożnie z jamy brzusznéj dowodzącą i odwodzącą część zdrowego jelita, głębokim rowkiem obustronnie odznaczonego od obumarłego i przystąpiono po niedługiém wahaniu do resekcyi jelita i krezki. W tym celu część krezki odpowiadającą obumarłéj kiszce nacieklą do grubości $1\frac{1}{2}$ cm. podwiązano za pomocą kilku podwiązek z grubego katgutu (Nr. 6) po poprzedniém wytworzeniu rowka za pomocą kleszczy Péana starając się podwiązać ją kolisto; na obwodowej stronie podwiązek odpalono część krezki zgrubiałą w tém miejscu do grubości $1\frac{1}{2}$cm. termokauterem Paquelina na długości około 8cm. (wierzchołek klina), którémto ostatniém narzędziem wstrzymano zupełnie krwawienie występujące mimo tak silnych podwiązek! Jelito zdrowe ujęto obustronnie o ile można najdaléj od części chorych w wielkie kleszcze Péana o długich końcach powleczonych drenami i oddano w ręce asystenta. Następnie w odległości 2cm. od miejsc zgorzelą dotkniętych przecięto obustronnie kiszkę pionowo do osi i resztę krezki po podwiązaniu obustronném, miejsca krwawiące krezki podwiązano dokładnie. Ponieważ górna część resekowanéj kiszki okazała się nieżywotną a jéj błona śluzowa przedstawiała miejscami nacieki zielonawo, szare resekowano ją więc powtórnie o 2cm. wyżéj. Po oczyszczeniu wacikami sublimatowemi resekowanych części i podłożenia pod nie gazy jodoformowéj przystąpiono do enterorafii (którą już wykonać musiano przy ściennéj naftowéj lampie). Po zbliżeniu do siebie obu części jelita górna część tegoż przedstawiała 2 razy większe światło niż dolna. Założono około 20 szwów wewnętrznych Czernego zakładając przytém pierwszą część tychże od wewnątrz a resztę od zewnątrz według propozycyi Wölflera (*Uiber die von Prof. Billroth ausgef. Resectionen des carc. Pylorus* str. 22); z powodu nierówności światła obu części jelit szycie było nader utrudnioném, wyrównano oba światła w ten sposób, że z części dowodzącéj ujmowano podwójną szerokość ściany, jak to uczynił był już w r. 1881 Schinzinger (*Wien. med. Woch.*, 1881, Nr. 37, str. 1041); dla lepszego zbliżenia do siebie błony śluzowéj założono kilka szwów na téjże; szwem drugorzędnym Lemberta, częściowo zaś kuśnierskim dla szybszego ukończenia operacyi zakończono enterorafiję; znaczną obwodową część resekowanéj krezki zespojono szwem kuśnierskim obustronnie (po obu stronach otrzewny). Wreszcie po oczyszczeniu pola operacyjnego za pomocą wacików sublimatowych (1:1000) przystąpiono do odprowadzenia zeszytego jelita, które znacznie poczerwieniało (z powodu tak długiego działania nań powietrza atmosferycznego); odprowadzenie okazało się niemożliwém, pierścień przepuklinowy mocno jeszcze uciskał, nacięto go więc ostrożnie kilkakrotnie ku górze. Wśród wyraźnego kruczenia wprowadzono ostrożnie jelito zeszyte po ponownem oczyszczeniu do jamy brzusznéj, starając się ściągnąć ku bramie przepuklinowéj miejsce szwu. Podczas całego zabiegu ani kropla kału nie dostała się do jamy brzusznéj a brzegi przeciętéj kiszki oczyszczano ciągle wacikami sublimatowemi. Z powodu znacznego nacieku w mosznach w najbardziéj ku dołowi i tyłowi położonéj zatoce za jądrem prawém uskuteczniono przeciwotwór, wprowadzono gruby dren prawie aż do bramy przepuklinowéj i zespojono ranę za pomocą 3 szwów materacowych z gazy jodoformowéj i szwu kuśnierskiego; opatrunek z gazy jodoformowéj i waty Brunsa. Chorego nawpół przytomnego odniesiono ze sali operacyjnéj o tętnie słabém 100 n. m. Cała operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. Polecono czuwającym, aby chory zachował jak największy spokój, podanie wina i po 10 kropli *Tra. Opii* 3 r. d.

Część resekowana jelita jest 34cm. długa, po dołączeniu zaś odcinka wyżéj resekowanego, miara resekowanego jelita wynosi 36cm. (Dok. n.)

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego. Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Pośród licznych przypadków sądowolekarskich, budzących zajęcie co najwięcéj u lekarzy i prawników, zdarzają się od czasu do czasu przypadki, zwracające na siebie uwagę i szerszéj publiczności w pewném miejscu lub kraju, a są i takie rzadkie przypadki, które jużto z powodu osobistości, które w sprawie karnéj odgrywają rolę główną, jużtéż to z powodu innych okoliczności, jak np. dla rzeczywistego lub rzekomego błędu władz sądowych lub znawców, dochodzą do wiadomości ogólnéj, śmiało rzec można, całego świata cywilizowanego, wywołując krytykę powołanych i niepowołanych, ponieważ w obec rażącéj lub grożącéj niesprawiedliwości każdy człowiek czuje się powołany do wyrażenia sądu swego. Najgorzéj się ma rzecz, jeżeli obok wrodzonego jednostce i społeczeństwu poczucia sprawiedliwości występuje w szranki roznamiętnienie polityczne lub religijne; namiętność bowiem, w jakimkolwiekbądź kierunku objawiająca się, mimowolną staje się antagonistką sprawiedliwości, niedopuszczając sądu bezstronnego i nieuprzedzonego, a doświadczenie uczy, że zazwyczaj doprowadza do rezultatów przeciwnych tym, które sprowadzić zamierzyła: najlepiéj wychodzą winni, podczas gdy władza, sądy, znawcy ulegają podejrzywaniu. Przypominamy tylko śmierć ostatniego Kondeusza w r. 1830, w skutek któréj t. zw. opinija publiczna obwiniała króla Ludwika Filipa o sprowadzenie śmierci księcia, który majątek swój zapisał był synowi królewskiemu, a wiadomo, że lekarzy sądowych, słusznie dowodzących samobójstwa, obwiniono o służalstwo; przypominamy sprawę księcia Piotra Bonapartego w r. 1869, w któréj prof. Tardieu orzeczeniem swojém, niezgodném ze sądem „opinii publicznéj“ wywołał przykre dla siebie demonstracyje ze strony uczniów. Sprawy takie rozgłośne, *causes célèbres*, zdarzają się najczęściéj w miastach pierwszorzędnych, ponieważ tam śród wielce powikłanych stosunków społecznych, śród wzmożonéj walk o byt, najprędzéj przychodzi do czynów bezprawych, wielce powikłanych, których rozjaśnienie częstokroć napotyka na trudności, usunąć się nie dające. W ostatnich latach i mniejsze miasta (jak Monastyr — sprawa Haarbauma —, Znaim w Morawii itd.) dostąpiły zaszczytu, że pod względem sądowolekarskim budziły zajęcie obszerniejsze, a szczególnym trafem i dwie wioski w monarchii austrowęgierskiéj zasłynęły jako widownie czynów, które nabyły rozgłosu po całym świecie: Tisza-Eszlar i Lutcza. Od lat wielu staraniem naszém było, zapoznać czytelnika ze wszystkiemi temi sprawami rozgłośnemi, nie tyle celem zaspokojenia ciekawości, ile raczéj w celu zwrócenia uwagi kolegów ściślejszych na owe okoliczności, które pod względem sądowolekarskim okazały się w danym przypadku nienależycie wyjaśnionemi, wychodząc z zapatrywania, że nietylko świetne prace lekarzy pierwszorzędnych są pouczającemi, ale że i błędy mniéj doświadczonych, szkodząc na razie, stają się przecie pożytecznemi, o ile są przestrogą na przyszłość dla innych. To téż o tyle ciekawéj sprawie tisza-eszlarskiéj kilkakrotnie zdawaliśmy sprawę: o sprawie lutczańskiéj atoli, która pod wieloma względami tak jest podobną do tamtéj, pisano wprawdzie już bardzo wiele, może za nadto dużo, ale dotychczas rzecz nie została przedstawioną ani dokładnie, ani bezstronnie, a tém mniéj roztrząsaną była ze stanowiska sądowolekarskiego. Pod tym zwłaszcza względem uderzającém jest podobieństwo obydwóch przypadków. W jednym i drugim znika kobieta wiejska, znajdują je dopiero po upływie paru miesięcy, tamtę we wodzie, ostatnią w parowie, ciało jedno i drugie przez zgniliznę mocno nadpsute; u obydwóch przyczyna śmierci nie daje się stanowczo wykazać, u tamtéj podnoszą wątpliwość co do tożsamości osoby, która u ostatniéj nie podlega żadnéj wątpliwości; u jednéj i drugiéj śmierć miała nastąpić przez zarznięcie, w obydwóch liczni znawcy kuszą się o wytłumaczenie zagadki, a grona lekarskie zbiorowe powołane zostają do rostrzygnięcia wątpliwości; w obydwóch przypadkach pojawiają się klasyczni świadkowie czynu, w obydwóch fanatyzm religijny bałamuci i mąci dochodzenie, w następstwie czego proste czyny karygodne podniesione do wyżyny czynów, wynikających z fanatyzmu religijnego, nabierają znaczenia nie zwykłego i usuwając się z pod traktowania zwykłego uchodzą ostatecznie bezkarnie. Każda z tych dwóch spraw miała atoli i stronę swą odrębną, a w sprawie nas tu obchodzącéj spotykamy się ze zjawiskiem, może jedyném w kryminalistyce, że rzecz trzykrotnie sądzona przez trybunały przysięgłych, pomimo werdyktu każdym razem jednogłośnie potępiającego, kończy się ostatecznie uwolnieniem obwinionych. Nie naszą jest rzeczą wchodzić w powody prawnicze tego wyroku, ale ponieważ na wyrok zapadły w najwyższéj instancyi sądowéj państwa, wpłynęły w wysokim stopniu i okoliczności sądowolekarskie, więc wykazanie tych okoliczności może być pouczającém, zwłaszcza dla lekarzy sądowych. Długo wahałem się i ociągałem z ogłoszeniem niniejszego sprawozdania, pomimo, że zgodnie z obowiązującemi przepisami już po zapadłym drugim werdykcie przysięgłych miałem prawo ogłoszenia go; wahałem się zaś dlatego, że dopóki sprawa nie była ostatecznie załatwioną, namiętności uspokoić się nie mogły; byłbym może całkiem zaniechał ogłoszenia, aby nieszczęsnéj sprawie raz dać usnąć, gdyby nie głosy poważnych kolegów, wyrażających właśnie zdziwienie z powodu nieogłoszenia tak ważnego sprawozdania. Przystępując więc do niego uważam za rzecz może nie zbyteczną przypomnieć, że wedle zwyczaju przedstawię rzecz ściśle na podstawie aktów porządkiem chronologicznym, zachowując sobie na sam koniec uwagi epikrytyczne nad stroną sądowolekarską sprawy.

Ponieważ pierwsze protokóły sądowe są wagi pierwszorzędnéj, więc podaję je dosłownie z zachowaniem formy:

Protokóły z d. 6 marca 1882 r.

„W skutek polecenia c. k. Sądu powiatowego w Strzyżowie z d. dzisiejszego l. 531 udała się delegowana komisyja sądowa do Lutczy celem przedsięwzięcia oględzin sądowolekarskich zwłok Franciszki Mniszonki z przybraniem tylko jednego lekarza M. Dra Bielińskiego z powodu, że drugiego lekarza w domu nie zastano. Przybywszy do Lutczy o godzinie 3éj po południu rozpoczęto dowiadywać się o bliższe szczegóły zaszłego wypadku. W ten sposób osiągnięto wiadomość, że Franciszka Mniszonka mieszkała w domu Zofii Stochlińskiéj, z którego przed trzema miesiącami pewnéj niedzieli wyszła, mając się udać do domu Marcelego Stochlińskiego i Mojżesza Rittera, zkąd więcéj nie wróciła; aż dopiero dziś rano jéj zwłoki w paryi na gruncie Jana

Dudka znaleziono. Dom, w którym Franciszka Mniszonka mieszkała, jest położony we wsi zwanéj za rzeką i za kościołem tuż przy drodze wsiowéj w odległości od domów sąsiednich 40 do 60 kroków. Miejsce, to jest paryja, w któréj leżą zwłoki, oddalona jest od tego domu o 600 kroków ku stronie południowo-wschodniéj, w którym też komisyja rzeczywiście zwłoki te na dnie paryi zastała. W małéj odległości, bo 21 kroków poniżéj trupa, na brzegu paryi znaleziono jeden warkocz, a od tegoż jeszcze o 11 kroków niżéj drugi warkocz włosów, każdy z nich do połowy spleciony; w oddaleniu 100 kroków od trupa zaś znaleziono sznurek w kółko zwinięty. Tak sznurek jak i obydwa warkocze powzięto w osobne przechowanie jako lica.

Następnie przedsięwzięto zewnętrzne oględziny zwłoki i spisano protokół osobny.

Po przedsięwziętych oględzinach, gdy już zmrok zapadać począł i z powodu zachodzących poszlaków, że śmierć Franciszki Mnichowny musiała nastąpić w skutek zadanego gwałtu i dla tego okazuje się potrzeba wezwania drugiego lekarza, oddano zwłoki pod dozór i odpowiedzialność przełożonemu gminy w asystencyi c. k. żandarma aż do dnia następnego; a przełożony zaraz w obec komisyi zarządził pilnowanie trupa przez wartę składającą się z 8 ludzi.

Paryja, w któréj trup leży poczyna się od południa od pól wysoko położonych i ciągnie się w miernéj długości ku północnemu wschodowi. Z początku, t. j. od strony południowéj jest takowa rzadko porośnięta drobnemi krzakami, między któremi parę grubych drzew się znajduje, i w tém właśnie miejscu poniżéj grubych drzew na samém dnie paryi znaleziono trupa. Po stronie wschodniéj trupa brzeg paryi jest stromy, bardzo wysoki, porośnięty krzakami a na brzegu tym ziemia świeżo jest pozesuwana. Daléj ku północnéj stronie paryja zarosła grubemi drzewami i gęstemi krzakami. Na lewym brzegu ponad trupem, t. j. na stronie wschodniéj paryi znaleziono wyłamaną młodą jodełkę, a na stronie południowéj rosnący krzak kalinowy. Wązka ta paryja, w któréj zwłoki znaleziono w odległości 10 kroków ku północy od miejsca, w którym trup leży, licząc, rozszerza się i brzegi jéj w długości przeszło 30 kroków zniżają się tak, iż stanowią dolinę; dla tego przystęp do trupa od pól okolicznych jest ułatwiony. W samym środku paryi płynie bardzo mały strumyczek, który według twierdzenia obecnych z wiosną wysycha. Mimo dokładnego przeszukania miejscowości t. j. w paryi, obok trupa i na brzegach, nic zresztą nie znaleziono, coby na znak sposobu dokonania zbrodni lub ślad wskazywać mogło. Następnie zmierzono krokami odległość od miejsca paryi, w którém trup leży, aż do mieszkania Marcelego Stochlińskiego, a z tego okazało się, że odległość ta wynosi 1000 kroków, ztąd do mieszkania Chiela Felbera 25 kroków, a od tegoż do domu Mojżesza Rittera 16 kroków, następnie od domu Marcelego Stochlińskiego do najbliższego sąsiada 30 kroków; w końcu odległość od domu Marcelego Stochlińskiego do domu, w którym Franciszka Mniszonka mieszkała, przeszło 300 kroków, a droga ta od domów Rittera, Felbera i Stochlińskiego prowadzi pomiędzy domami odległemi od siebie od 30 do 100 kroków. Przytém stwierdzono, że od domów Rittera, Felbera i Stochlińskiego prowadzi droga polna ku Krasnej i to właśnie w ową stronę, gdzie leży paryja, w któréj trup się znajduje; jednakże droga ta od miejsca, w którém trup leży, oddalona jest ku wschodowi o 200 kroków; wreszcie, że do miejsca tego prowadzi ścieżka, dziś właśnie powstała, bo wydeptali ją ludzie z ciekawości nieustannie do trupa chodząc, i że więc przedtém w tém miejscu ścieżki nie było.

O g l ę d z i n y z e w n ę t r z n e. Miejsce, w którém zwłoki ludzkie się znajdują, jestto debrza, czyli paryja od południa ku północy się ciągnąca, na któréj debrzy dnie mały strumyk się sączy w tym samym co i debrza kierunku. Zwłoki ludzkie leżą w téj debrzy w odległości blisko jednego metra od grubéj jodły w ten sposób, iż dolna połowa ciała w strumyku, górna połowa zaś na prawym brzegu strumyka leży. Trup leży na twarzy i brzuchu z wyciągniętą nogą prawą i mocno zgiętą w kłębie i kolanie nogą lewą. Ramiona zwłok są w ten sposób ułożone, iż tylko części ramieniowe są widoczne a reszta pod trupem się znajduje. Ramię prawe jest nieco wieréj oddalone od tułowiu, niż ramię lewe. Z odzienia spostrzegamy na trupie buty z cholewami do kolan nie sięgającemi, daléj na nodze lewéj poniżéj kolana szmatę niebieską i białą w około nogi obwiniętą; po obu stronach trupa białe i niebieskie szmaty, które w kształcie zwiniętego wałka przez biodra trupa poprzecznie przechodzą; na plecach prawie zupełnie nagich resztki z koszuli, lewy bok i piersi zasłaniające, na obu ramionach szary kaftan, którego plecy przez głowę są zerwane tak, że na gołym karku z pod błota nieco szmat wystercza.

Cała przestrzeń między ramionami a głową jest wypełniona błotem tak, iż z głowy trupa t y l k o b i a ł a d o ś ć g ł a d k a n a g a k o ś ć c z a s z k i s t e r c z y; r e s z t a z a ś g ł o w y i t w a r z w b ł o c i e s i ę z n a j d u j e. Dodatkowo wspomnieć należy, że obie nogi trupa obcasami butów w górę a końcami w dół, t. j. w wodę i błoto, są zwrócone, z tą jednak różnicą, że noga lewa będąca w kolanie i kłębie mocno zgiętą, więcéj swoją wewnętrzną powierzchnią leży na błocie.

T r u p c a ł y w y k a z u j e z g n i l i z n ę w w y s o k i m s t o p n i u p o s t ą p i o n ą.

Kość udowa nogi prawéj po części z ciała obnażona. Kość udowa nogi lewéj sterczy zupełnie naga. Pośladki skóry i po części ciała pozbawione tak, iż kości bezimienne sterczą.

Plecy w okolicy łopatki prawéj wyżarte. Grzebień łopatkowy sterczy, dół nadgrzebieniowy błotem napełniony.

Tył głowy, o ile jest widoczny, zupełnie bez części miękkich, nagi.

Opony brzuchowe muszą być także mocno uszkodzone, gdyż, o ile to spostrzedz się da, u spodu trupa wnętrzności z brzucha wystąpiły.

Z powodu nadchodzącego zmroku oględziny zwłok na miejscu na tém ukończono.

Ponieważ Dr. Bieliński oświadczył, iż sekcyi zwłok w tym przypadku sam przedsięwziąść nie jest w stanie, postanowiono zawezwać na dzień następny lekarza magistra Meydla z Frysztaka.

Gdy jak już opisano, komisyja sądowolekarska przybyła do lasu, w którym miały leżeć zwłoki Franciszki Mnich, napotkała nie daleko tegoż lasu na brzegu pól ornych kawałek sznurka wyraźnie domowéj roboty, bo należycie nie skręconego, z trzema węzełkami, postrzępionego, spłaszczonego, długości 98 centymetrów mającego; obecna przytém Regina Mnich stwierdza, że takim samym sznurkiem nieboszczka obwiązywała szmaty na nodze. Daléj ku południu znaleziono w odległości od siebie 11 kroków dwie części włosów kobiecych w warkocz splecionych miernéj długości, barwy ciemno-blond.

Włosy te zawierają w równéj części niesplecionéj i cie-

mniejszéj barwy jak barwa włosów w warkocz splecionych, resztki części roślinnych i zaschłe błoto.

Ta część włosów niespleciona nie jest równéj długości. Włosy téj części są zbite w pasma, których pasm kończyny są cięte, lecz nie równo, to znaczy w każdém paśmie sy włosy krótsze i dłuższe. Włosy splecione czyli kosa w jednéj części i u drugiéj około 27 centymetrów długości mająca są w troje splecione. Koniec warkocza ma wplecione skrawki różnokolorowe.

Protokóły z dnia 7 marca 1882.

Komisyja udała się do paryi, w któréj zwłoki się znajdują i przedsięwzięła dalsze oględziny zewnętrzne.

Przedewszystkiém Sędzia oznajmia znawcom, że tożsamość osoby skonstatowaną została i że to są zwłoki Franciszki Mniszonki, kobiety około 35 lat liczącéj, która 35 listopada r. z. zaginęła. Następnie oświadcza lekarz Meydl, że z opisem położenia zwłok dnia wczorajszego skreślonym a jemu odczytanym zupełnie się zgadza i ze swojéj strony nic dodać nie ma. Przystąpiono więc do przewrócenia zwłok na plecy, co w ten sposób uskuteczniono, że obok zwłok wieko trumny przygotowanéj umieszczono, na które trupa na plecach ułożywszy na przygotowany stół przeniesiono i oględzinom zewnętrznym poddano.

I. Trup na plecy położony, resztkami koszuli, spodnicy i fartucha niebieskiego częściowo pokryty, jest w stanie zgnilizny i rozkładu zupełnego.

1. Głowa tylko z kości składająca się bez skórą i mięśni, w jamach ocznych resztki z gałek ocznych i powiek, nad kolcem nosowym skrawek skóry.

2. Gałęź prawa szczęki dolnéj w bliskości brody złamana.

3. Na szyi tylko z kręgów składającéj się oprócz cienkiego skrawka skóry od szyi do brody z prawéj strony sięgającego resztki krtani i kości gnykowéj oraz przełyku o brzegu gładkim.

4. Skóra na piersiach plamista, przemokła, klatka piersiowa wzdęta, osłony brzucha oraz i skóra osobliwie w lewéj połowie mocno uszkodzone, brzegi resztek gładkie, jakby rznięte.

5. Ręce obie w rękawach szarego kaftana i koszuli znajdujące się, w łokciach zgięte, a w uwzględnieniu położenia, w jakim zwłoki znaleziono, pod czyli na piersiach ułożone. Palce rąk w kułak zgięte, palec wielki u ręki prawéj zgięty, u lewéj prosty. Oprócz skóry z palców złażącéj i błota w rękach za paznogciami nic nie znaleziono.

6. Nogi z butów obnażone, szmatami owinięte, kość udowa lewa zupełnie naga, mięśnie uda prawego zgniłe. Skóra na podudziach nóg obu w stronie widocznéj zgnilizny pęcherzami pokryta. Po zdjęciu szmat i oczyszczeniu z błota przystąpiono do

II. Oględzin wewnętrznych. 1. Sklepienie czaszki nagie, resztkami ogłowia (*aponeurosis*) pokryte. Powyż guza ciemienia lewego znajduje się w ogłowiu podbiegnięcie krwawe wielkości talara. Sklepienie czaszki na swojéj wewnętrznéj powierzchni gładkie, rowki prawidłowe, wyraźnie wykształcone.

2. Opona twarda mózgu w miejscu guzowi lewego ciemienia odpowiadającém krwią zabiegła.

3. Mózg papkowaty rozlazły i znowu w miejscu guzowi lewego ciemienia odpowiadającém wyraźnie zakrwawiony.

4. Płuca nie przyrosłe, nieco przekrwione, pod nożem trzeszczą.

5. W worku sercowym około 25grm. płynu. Serce nieco stłuszczone, lewe bezkrwiste, w prawém nieco krwi ciekłéj.

6. Żołądek zapełniony kapustą z fasolą; błona śluzowa tegoż kataralnie zmieniona.

7. W jelitach nieco kału.

8. Wątroba nieco stłuszczona tak samo i

9. Nerki.

10. Macica wielkości głowy dorosłego, ma na powierzchni swojéj następujące cięcia:

a) około $3^1/_2$ centymetra od dna macicy cięcie idące z powierzchni przedniéj macicy na jéj bok lewy, sięgające aż do szyjki macicznéj;

b) cięcie na prawym boku macicy od połowy macicy poczynające się a na przedniéj powierzchni nad szyjką maciczną kończące się;

c) cięcie prostopadłe od środka przedniéj powierzchni macicy do szyjki macicznéj sięgające; cięcie *b)* i *c)* schodzą się więc nad szyjką maciczną na przedniéj powierzchni macicy, tworząc czyli zamykając w swych ramionach płat trójkątny, którego kąt ostry w dół jest zwrócony.

11. Z pochwy macicznéj tylko resztka około 6 centym. od ujścia macicznego mająca resztkami śluzu ropiastego (*vaginitis*) pokryta.

12. Dodatkowo podajemy, iż w jamie macicznéj jakotéż na brzuchu u szczytu macicznego ślady byłego miejsca czyli łożyska wyraźnie się ukazują.

13. W końcu oświadczają znawcy, iż na szyi jakotéż na brzuchu ograniczenia skóry wszędzie są ostre, a brzegi krajane; niemniéj, iż w oko bardzo wpadającym i charakterystycznym jest zupełny brak części płciowych zewnętrznych włosem pokrytych.

Sądząc, iż opisane uszkodzenia w macicy, jakotéż skóra w miejscach uszkodzenia gładkie, krajane brzegi mające, wielkiéj są wagi, wyjęli znawcy macicę oraz oddzielili kawałek skóry z lewéj strony brzucha z téj strony, gdzie takowa była uszkodzona, i oddali c. k. Sądowi do przechowania.

W obec komisyi macicę wraz z kawałkiem skóry włożono w naczynie i opieczętowano, jak również i włosy ze sznurkiem w papier owinięto i opieczętowano. Lekarze sądowi ze względu, że wydanie natychmiastowe orzeczenia w tak zawiłym i zastsnowienia dłuższego wymagającym przypadku jest czystą niemożliwością, upraszają o pięciodniową zwłokę w celu dania orzeczenia. Powyższemu żądaniu jako usprawiedliwionemu czyniąc zadosyć Sędzia zezwolił na 5-dniową zwłokę.

Lekarzowi Meydlowi okazano jeszcze włosy powyż opisane, a gdy lekarz tenże oświadczył, że do powyższego opisu ze swéj strony nic dodać nie ma i z nim się zgadza, lekarze sądowi wydali następujące

Orzeczenie: Przedłożone włosy kobiece pochodzą z tylnéj części głowy.

Włosy te pozostały przez czas dłuższy na polu, co wskazuje wmięszane w takowe liście i zieła różnorodne.

Włosy te oddzielone zostały od głowy przez oderznięzie i o ile z nierównéj płaszczyzny kończyn wnosić można, oderznięte zostały nożem. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Dr. R. v. Velden: **O nadmierném wydzielaniu soku żołądkowego i bardzo znacznéj kwasocie tegoż.**

O prawidłowéj ilości wydzielonego soku pewnych dat nie mamy, wiemy jednak, że po przejściu pokarmów z żołądka do dwunastnicy czynność gruczołów trawieńcowych ustaje. Jeżeli więc mówimy o nadmierném wydzielaniu soku żołądkowego, rozumiemy stan, w którym już przy próżnym żołądku wydziela się jeszcze sok żołądkowy zawierający pepsynę i kw. solny. Takie przypadki opisali już Reichmann, Schütz, Riegel, Sahli i Rossbach a V. podaje takich trzy, których przebieg w krótkości tak się przedstawia:

Nauczyciel S., 45-letni, od 4 lat cierpiał na przypady żołądkowe, które pierwszy raz pojawiły się po jakiejś większéj uczcie. Z początku cierpiał on zawroty i bóle głowy, po obiedzie doznawał uczucia pełności w żołądku, odbijanie, zgagę, po pewnym czasie przyłączyły się jeszcze wymioty treścią kwaśną, szczególnie jeżeli wymioty miały miejsce w kilka godzin po jedzeniu. Ból żołądka i głowy ustawał lub zmniejszał się po takich wymiotach, krwi i wymiocin fusowatych nie było nigdy. Obecnie zaś miewa późniejsze i rzadsze wymioty a po małéj ilości spożytych pokarmów prędzéj wymioty następują niż po obfitym obiedzie. Wymiociny przedstawiają ciecz jasną, mocno kwaśną, z małą ilością pozostałych pokarmów. Badanie pompą żołądkową wykazało, że żołądek zawsze zawierał w sobie treść i zwykle już nawet po ukończoném trawieniu żołądkowém jeszcze można było wydobyć ciecz bardzo kwaśną prawie przeźroczystą. Treść badana wykazała 0,12% HCl, kwasu mlekowego brakło, również pepsyny i syntoniny. Ciecz ta na zimnie trawiła w godzinę włóknik lub małe kawałeczki białka. Badanie mikroskopowe prócz małych resztek pokarmów nie wykazało nic szczególnego. Wszystkie środki podawane choremu nie pomagały tak, że w końcu chory sam sobie radził, w ten sposób, że ilekroć dokuczał mu silny ból żołądka, wówczas zjadał łyżkę białka drobno posiekanego, co mu sprawiało ulgę na 1—1½ godziny, poczém zmuszony był wprowadzić sobie zgłębnik żołądkowy, treść żołądkową wycisnąć i ciepłą wodą żołądek popłukać.

Drugi przypadek dotyczył 48-letniego bankiera, wytrawnego smakosza, który do obfitych uczt był przyzwyczajony. Od 1½ r. cierpi na podobne przypady żołądka co i poprzedni z tą różnicą, że wymioty zwykle bywały przed obiadem lub przed kolacyją. Badane wymiociny były prawie takie same jak u poprzedniego chorego, resztek śniadania nie znajdowano a kwasota wynosiła 0,10% HCl.

Trzeci zaś chory 29-letni cierpi od 3 lat przypady żołądkowe, które się rozpoczęły od krwawych wymiotów, dalsze objawy odpowiadały zupełnie wrzodowi żołądka, który po kuracyi karlsbadzkiéj przestał chorego niepokoić, natomiast miewa obecnie wymioty przed południem w 3—4 godzin po śniadaniu złożoném z mleka i sucharka. Po wymiotach czuje się dobrze, apetyt ma dobry. Wymiociny badane okazały te same własności co i poprzedzające, trawiły włóknik z łatwością w krótkim przeciągu czasu na zimnie, kwasota z powodu małéj ilości treści nie była oznaczoną. Chory po kuracyi karlsbadzkiéj zupełnie wyzdrowiał.

Zestawiając te 3 przypadki widzimy, że były to osoby cierpiące od dłuższego czasu na zaburzenia żołądkowe już to na tle nieżytu żołądkowego lub też wrzodu żołądka. Żołądek ich wydzielał z małemi tylko przerwami sok trawiący. W skutek tego chorzy ci doznawali rozmaitych dolegliwości, które wtedy dopiero ustępowały, gdy sok ten został z żołądka wydalony czy to przez wymioty czy téż przez przepłukanie. V. uważa nadmierne wydzielanie soku żołądkowego z prawidłową lub też nadmierną kwasotą jako późno występujący objaw przewlekłych nieżytów żołądka, atonii i wrzodu żołądka. Chcąc mieć pewne dane o normalnéj kwasocie żołądka a nie wierząc liczbom znajdowanym w książkach V. robił na sobie i na drugich doświadczenia w celu oznaczenia prawidłowéj kwasoty soku i znalazł jako średnią liczbę dla pewnego czasu i przy pewnych warunkach 0,13% HCl. Już dawniéj spostrzegał, że u chorych cierpiących na wrzód żołądka próba z barwikami co do kw. solnego wypadała zawsze bardzo silna, a w jednym przypadku, gdzie kwasota żołądka była znaczną, istotnie oględziny pośmiertne wykazały wrzód żołądka. Na téj zasadzie Pavy i inni lekarze angielscy twierdzili, że powstanie wrzodu żołądka nie tylko zależy od miejscowego obrażenia lecz i od nadmiernéj kwasoty żołądka, która przeszkadza zagojeniu się wrzodu.—W 3 przypadkach wrzodu żołądkowego, stwierdzonych na podstawie charakterystycznych objawów i krwawych wymiotów, rzeczywiście ściślejsze spostrzeżenia wykazały nadmierną kwasotę soku żołądkowego. I tak w 1szym przypadku u chorego, który od 2 lat cierpiał na objawy wrzodu żołądka, wystąpiły nagle wymioty krwawe. Na 10ty dzień po tych wymiotach zrobiono próbę z białkiem i wodą a badanie po ½ godzinie wykazało kwasotę 0,26% HCl. U drugiego chorego z temiż samemi przypadami na 8my dzień po wymiotach próba pokazała kwasotę 0,47% HCl. U trzeciego zaś nieróżniącego się w objawach niczém od poprzedzających, próba wzięta z żołądka na 10ty dzień po krwawych wymiotach wykazała kwasotę 0,43% HCl. Po kuracyi karlsbadzkiéj nastąpiło znaczne polepszenie choć badanie soku żołądkowego wykazało wówczas 0,40% HCl. W tych więc wszystkich trzech przypadkach była kwasota po nad normą, jaką zwykle znajdujemy w prawidłowych żołądkach. V. robił doświadczenia na sobie samym i przekonał się, że przez dodawanie kwasu solnego 0,1% do żołądka wchłanianie się przyspiesza. W obec tego jasném było, dla czego przy wrzodach żołądka zdolność wchłaniania pokarmów jest znaczną. Doświadczenia według metody Penzolda (0,2% jodku potasu w kapsułkach połyka się i bada, gdy jod pokaże się w ślinie) robione przez Fabera i Quetscha rzeczywiście wykazały podwyższoną zdolność wchłaniania przy wrzodach żołądka. Niektóre z tych spostrzeżeń rzucają pewne światło, według autora, na powstawanie wrzodu żołądka, na niektóre objawy i nie są bez wpływu na rozpoznanie i leczenie wrzodu. Dalsze badania powinny mieć na celu wykrycie, czy przy każdym wrzodzie żołądka zdarza się nadmierna kwasota i jak się ta zachowuje w obec rozmaitych pokarmów i w rozmaitym czasie trawienia. *(Samml. klin. Vorträge Volkmanna* Nr. 280). *Dr. J. Surzycki.*

(β) **Diazo-reakcyja.** Podana przez Ehrlicha reakcyja moczu w pewnych chorobach polega na tém, że dodany kwas diazobenzolsulfonowy w małéj ilości, a następnie amonijak w nadmiarze, wywołuje zabarwienie różowe lub nawet ciemno czerwone moczu. Penzoldt już uznał, że odczyn ten zalecany przez Ehrlicha jako bardzo cechujący pewne stany chorobowe, nie jest wcale pewnym środkiem rozeznawczym. Brewing stosując metodę Ehrlicha u 265 chorych przyszedł do przekonania, że może ona

dać pewne wskazówki w następujących sprawach chorobowych: 1) W durze brzusznym; w ciężkich przypadkach reakcyja występuje zawsze, w lżejszych zwykle jéj brak. Powolne znikanie reakcyi w przebiegu duru brzusznego jest znakiem pomyślnym co do rokowania.

2) W suchotach płucnych; w okresie późniejszym zawsze odczyn występuje i jest niepomyślnym znakiem, gdyż wskazuje resorbcyję ciał rozkładowych w płucach.

3) W chorobach połogowych reakcyja daje się spostrzedz już przed wystąpieniem gorączki i można ją uważać jakby za wskazówkę do szybkiego stósowania leczenia przeciwgnilnego.

4) Odczyn występuje téż w wewnętrznych sprawach ropnych np. ropieniu wątroby. *(Allg. med. Central-Ztg.)*

Choroby skórne i kiłowe.

Nowsze prace o zarazku kiłowym.

W końcu roku zeszłego podaliśmy czytelnikom Przeglądu wiadomość o dyskusyi, jaka się wszczęła nad zarazkiem kiły z powodu odczytu Lustgartena o prątkach przez siebie wykrytych. Obecnie zestawiamy w streszczeniu kilka prac, które w tym kierunku w ciągu ubiegłego i bieżącego roku ogłoszono.

W pierwszéj z nich Matterstock (*Uiber den Bacillus der Syphilis. Sitz. Ber. d. physik. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1885, str. 65) podaje, że robił poszukiwania w 150 przypadkach kiły, biorąc do badania, według metody Lustgartena, wydzielinę z pierwotnego stwardnienia, z kłykcin sączących różnych okolic ciała, z *plaques muqueuses*, z chrost wysypki skórnéj, z wydzieliny łojowéj napletka i fałdu pachwinowego. Wynik badań za prątkiem Lustgartena wypadł w przeważającéj połowie dodatnio Tylko ilość prątków różnie się przedstawiała. Daléj badał M. w 100 przypadkach różne przekroje stwardnienia pierwotnego, kłykcin sączących, guziczków skórnych i kilaków. Tutaj napotykano średnio tylko w co 3im lub 4ym przekroju prątki zwykle odosobnione, jużto zawarte w komórkach, jużto wolne. Wreszcie wykonał M. 70 doświadczeń kontrolujących, biorąc do badania jużto biały okład z zębów, jużto wydzielinę z pochwy lub sromu, daléj z wrzodów żylakowych podudzia, wreszcie z 12 wrzodów miękkich. W żadnym z tych przypadków prątki nie oparły się metodzie odbarwiającéj Lustgartena.

Na téj zasadzie uważa M. odkrycie Lustgartena za nader ważne tak pod względem etyjologicznym jak i dyjagnostycznym. W drugiéj jednak swéj pracy Matterstock *(ibidem* str. 71) prostuje i do pewnego stopnia odwołuje pierwsze twierdzenie. Nadzwyczajna polymorfija, daléj w jednym przypadku leczonym rtęcią, liczniejsze wystąpienie prątków po leczeniu skłoniły autora do nowych badań kontrolujących. Te wykazały, że metodą Lustgartena można wykryć w łoju napletkowym jakotéż warg sromowych mniejszych u niekiłowych prątki identyczne z kiłowemi Lustgartena, a opisanemi już w r. 1884 przez Doutreleponta i Schnetza. Zadaniem więc teraz dalszém, zdaniem Matterstoka, jest wykryć sposób, którymby można odróżnić prątki te od prątków syfilitycznych.

Alvarez i Tavel *(Bull. de l'Academie* 2 s. XIV, 31, 1885, i *Arch. de Physiol.*, 3 s., VI, 7, str. 303, 1885) robili poszukiwania za prątkami Lustgartena z wynikiem mniéj szczęśliwym. W skrawkach z pięciu przypadków pierwotnego stwardnienia napletka, daléj dwóch *plaques muqueuses*, jednego kilaka płuc, nie znaleźli metodą Lustgartena ani jednego prątka. Dodatnie zaś wyniki otrzymali badając wydzieliny z różnych tworów kiłowych (w 33ch przypadkach na 55), daléj w wydzielinie z 3 wrzodów miękkich (9 wyników ujemnych), w dwóch przypadkach *herpes praeputialis* i w jednym przypadku *pemphigus*, wreszcie w prawidłowéj wydzielinie części rodnych, t. j. w *smegma praeputii et labiorum*.

Doutrelepontowi *(Tagebl. d. Strasb. Naturf. Versamml.*, 1885, str. 444) udało się według własnéj metody wykazać w 17 skrawkach z różnych utworów kiłowych prątki identyczne z Lustgartenowskiemi. Również podobne prątki wykrył D. we krwi osób syfilitycznych. Prątki takie same znajdowały się w łoju napletkowym. Babes *(Les bactéries* 1885, str. 666) znalazł prątki Lustgartena w trzech przypadkach stwardnienia pierwotnego i nacieków kilakowych. Podobnież wykryli je jużto w przekrojach, jużto w wydzielinach różnych tworów syfilitycznych Giacomi (*Union méd.* 1885, str. 78) i Leloir *(Progrès méd.*, 2, s. II, 29, 1885).

Klemperer (*Deutsch. med. Wochensch.*, 47, 1885), w pracy swéj zajmuje się głównie pytaniem, czy istnieje możność rozróżnienia prątków kiłowych od prątków znajdujących się w łoju napletkowym i sromowym. Na 9 przyp. znalazł K. w 8 w łoju napletkowym i sromowym, postępując według metody Lustgartena, prątki opisane przez Alvareza i Tavela, daléj badając wydzielinę kłykcin sączących znalazł K. również w 4ch przypadkach prątki takie same jak w łoju. Mimo prób różnych nie udało się Klempererowi wykryć sposobu, któryby mógł służyć do rozróżnienia prątków Alvareza i Tavela od prątków kiłowych Lustgartena. Prócz tego badał Klemperer w dwóch przypadkach tkanki lepieży, daléj w jednym stwardnienia pierwotnego, w jednym kłykciny sączącéj, w jednym guza kilakowego na prątki Lustgartena, zawsze jednak z wynikiem zupełnie ujemnym. Badania Klemperera wywołały ożywioną dyskusyję, w któréj Köbner podniósł, że jakkolwiek prątki Lustgartena znajdują się bardzo niestale w tworach kiłowych, to przecież nie może się zgodzić z doświadczeniami Klemperera, które w tym względzie wypadły zupełnie ujemnie. Köbner nie znalazł zaś nigdy prątków wspomnianych we krwi syfilitycznych *(contra* Doutrelepont), jakotéż w ropie z brudźca kiłowego i dwóch przypadków wrzodów miękkich. Zwykle téż badanie lepieży jamy ustnéj, przedsiębrane w celu rozpoznawczym, wypadały ujemnie mimo, że lepieże te znajdowały się u osób z innemi objawami kiły świeżéj. W końcu przypomina Köbner, że już na Zjeździe w Strasburgu Finger podniósł, że w dziwnéj sprzeczności stoi twierdzenie, że prątki Lustgartena są właśnie chorobotwórczemi i zaraźliwemi kiły, z tém, że je znajdowano w wytworach kiły trzeciorzędnéj, które, jak doświadczenia pouczyły, wcale nie są zaraźliwemi.

W trzeciéj swéj pracy o tym przedmiocie Matterstock (*Mitth. a. d. med. klinik d. Univ.* Würzburg, II, str. 367, 1886) potwierdza na podstawie znacznéj liczby badań w ogóle zdanie poprzód już wygłoszone. M. badał 300 skrawków różnych tworów kiłowych i znajdował w nich prątki Lustgartena jużto poza komórkami, jużto w komórkach. Daléj znajdował je w różnych wydzielinach tworów syfilitycznych, podnosi tutaj jednak, że brakowało ich stale w wydzielinach owrzodzeń kilakowych (trzeciorzędnych) tak skóry jak i błony śluzowéj gardziela i krtani. M. znajdował daléj średnio na 100 preparatów z łoju sromowego i napletkowego w $^3/_4$ części prątki identyczne z prątkami kiłowemi Lustgartena. Prątki te znajdowały się tak u osesków, jak i u 80-letnich starców. I teraz téż stwierdza M., że między prątkami kiło-

wemi a prątkami łoju sromowego nie ma żadnéj różnicy, ani pod względem postaci, ani pod względem zachowania się w obec barwików. Hodowle prątków kiłowych nie powiodły się i tym razem autorowi, za to prątki z łoju sromowego szczepione na agar-agar rozwinęły się w liczne osady, jednak pojedyncze ich okazy, podobne do pierwotnych prątków, nie barwiły się metodą Lustgartena. (Dok. nast.)

Ginekologija.

Prof. Amann: **Stósowanie kokainu w chorobach kobiecych.**

Od roku stósuje A. kokain w rozczynie 5 do 10% na błonę śluzową narządu moczopłciowego za pomocą zwykłego pędzelka lub też gałki waty, obmywszy przedtém dobrze błonę śluzową rozczynem kwasu borowego, i uważa rozczyn 5·10% za zupełnie wystarczający. Stósował takie pędzlowanie 5% rozczynem w przeczulicy wejścia pochwowego i po kilku tygodniach pędzlując co 3ci dzień dochodził do dobrych wyników. W *pruritus vaginae* pędzlowanie lub też wprowadzanie waty nasiąkniętéj rozczynem kokainu nie wiele pomogło albo téż tylko krótki czas działanie trwało. W zapaleniu cewki moczowéj z silném obrzmieniem błony śluzowéj stosując co 2gi dzień pędzlowanie kokainem 10% w znacznéj ilości przypadków osiąga się pożądany skutek. Toż samo można powiedzieć o nadżerkach części pochwowéj macicy lub téż przy zapaleniu szyjki macicznéj, gdzie kilkakrotne zastósowanie 5—6% kokainu sprowadza znaczne polepszenie a nieraz wyzdrowienie. Najlepiéj stósować za pomocą strzykawki macicznéj lub téż gałkę z waty maczać w rozczynie kokainu i wprowadzać do pochwy. Natomiast pędzlowanie kokainem jako środek znieczulający przy operacyi okazało się zawsze niewystarczającém. *(Münch. med. Wochenschr.* 1886, Nr. 29). *Dr. J. Surzycki.*

(β) **Stósowanie środków lekarskich u karmiących.** H. Fehling, spowodowany rozprawą sądową dotyczącą właśnie niniejszéj kwestyi, zajął się zbadaniem, jakie środki i w jakich granicach można karmiącym podawać bez złych następstw dla niemowląt. Pewna kobieta otrzymała małą dawkę morfinu (0·01) dla uśmierzenia bólów; dziecię jéj od téj chwili przez nią niekarmione zmarło z biegunki w 48 godzin. Lekarz, który miał matkę w swéj opiece został przez ojca dziecka prawdopodobnie za namową jakiejś trzeciéj osoby oskarżony o lekkomyślne zatrucie. Na podstawie jednak opinii lekarskiéj wydanéj przez autora został uwolniony. Fehling chcąc bliżéj ten przedmiot zbadać, przeprowadził szereg odpowiednich doświadczeń.

Naprzód robiono doświadczenia z salicylanem sodowym. Podawano go karmiącéj w rozczynie, w ilości 1·0—3·0 gr.; w 1—3 godzin potem dziecię ssało. Śladów podanego salicylanu sodowego pospolicie szukano nie w mleku ale w moczu oddanym przez dziecko i to w ten sposób, że odparowywano go, pozostałość wyciągano eterem i następnie wodny rozczyn badano chlorkiem żelaza. W ogóle przekonano się, że wydzielanie u dziecka trwa tak długo. jak i u matki. W miarę większych dawek reakcyja występowała szybciéj i wybitniéj. Według Stumpfa mleko zawiera 0·0089—0·0046% salicylanu sodowego przy podawaniu go karmiącéj. Te małe ilości przechodzącego salicylanu tłumaczą, dla czego nawet dawki 3·0 nie szkodzą niemowlętom.

Co do jodku potasu, to wydzielanie jego u dziecka trwa dłużéj niż w ustroju matczynym, (72 godzin u dziecka a 44 u matki). Pochodzi to ztąd prawdopodobnie, że jodek potasu przechodzi w znacznéj ilości do mleka (w 24 godzin po użyciu można go jeszcze w wielkiéj ilości w mleku znaleźć).

Z środków odurzających podawano matce 25 kropli *Tinct. opii simpl.*, ale nigdy nie spostrzeżono u niemowląt objawów senności, co 2 lub 3 godziny same żądały pić, a zatkanie również się nie pojawiało. Morfin stósowano zawsze podskórnie, mianowicie w postaci *Solutio morph. hydrochlor.* (1:30) w dawkach 0,008—0,01, 0,015, 0,02. Matki nie spały nigdy dłużéj nad 1—2 godzin, a dzieci niekiedy 4—5 godzin, jak to zresztą i w całkiem normalnym stanie się zdarzało. W ogóle nie można było dostrzedz ani śladu działania morfinu. Można zatém według autora bez obawy stósować praktykowane zwykle dawki 0·01—0·02, a karmienie nie potrzebuje wcale dłuższych przerw doznawać. Chloral podawano w dawkach 1·5—3·0, zwykle w czasie między przyjęciem pokarmu. Sen nie trwał nigdy nad 2 godziny. Karmiącym matkom nie szkodziły nawet dawki 1·5—3·0, ani 4·0 dziennie w 2ch dawkach. Działanie chloralu, jakkolwiek zaledwie dające się spostrzedz, polegało na pewnego rodzaju niepokoju i nieco dłuższém spaniu, i to tylko w tych razach, kiedy dzieciom dawano leki w 3/4 godziny po przyjęciu chloralu przez karmiącą.

Ostatecznie przychodzi autor do przekonania, że można u karmiących matek stósować zwykłe dawki lekarstw, chyba jedynie pewną ostrożność należy zachować, jeżeli dzieci są wątłe i zbyt delikatne. (*Allg. med. Central-Ztg.*)

Medycyna sądowa.

Deneke: **Antyseptyka i odpowiedzialność lekarska przed sądem.**

Wiadomo, że ocenienie, czy lekarz dopuścił się błędu w leczeniu przez postępowanie nieumiejętne, jest jedném z zadań najtrudniejszych tak sędziego, jakotéż lekarza sądowego. Trudność polega głównie na tém, że pomijając już częstą niemożność wykazania związku przyczynowego pomiędzy działaniem lekarza a szkodą, że nie ma postępowania lekarskiego ustawą przepisanego, i takiego nie było i nie będzie. Kodeksy karne uwzględniają głównie wykazanie opieszałości ze strony lekarza, jednak i tu brak definicyi, co rozumieć należy przez opieszałość w stósowaniu postępowania leczniczego. Nadto sprawdzenie takiéj opieszałości z powodu stósowania leczenia niestósownego lub zaniechania zależném jest od ciągłego postępu nauk lekarskich, a postępowanie, które przed dziesiątkiem lat było uważane jako odpowiednie, obecnie uchodzić może za wadliwe i nieumiejętne. Najlepszą ilustracyję téj zmienności w postępowaniu leczniczém, a tém samém w ocenianiu leczenia, jest wpływ, który wprowadzenie antyseptyki wywierać musi na medycynę sądową.

Po krótkim poglądzie na historyję antyseptyki, oraz na zarzuty, tu i owdzie jeszcze przeciw temu leczeniu podnoszone, D. dochodzi do wniosku, że antyseptyka jest uprawnioną z powodu świetnych wyników leczenia i uzasadnioną przez badanie doświadczalne, że każdy lekarz stósować ją może i dla tego znać ją powinien, a nie stósując jéj u chorego lub stósując w sposób nieodpowiedni naraża na szwank zdrowie a nawet życie chorego, wreszcie że inne leczenie ran według obecnego stanowiska nauki nie jest uprawnioném. Przepisy prawne, które mogłyby znaleść zastósowanie w takich razach, opiewają: W ustawie karnéj niemieckiéj: §. 222. „Kto przez opieszałość wywołuje śmierć człowieka, karany będzie więzieniem aż do lat trzech. §. 230. Kto przez opieszałość wywołuje u innego obrażenie cielesne, karany będzie grzywną aż do 300 talarów lub więzieniem aż do 2 lat“; w ustawie zaś karnéj austryjackiéj dotąd obowiązującéj §. 336 orzeka: „Lekarz, który w leczeniu chorego popełnił takie błędy, które dowodzą jego nieznajo-

mości rzeczy, staje się winnym wykroczenia, jeżeli wywołał większe uszkodzenie cielesne, przestępstwo zaś, jeżeli chory umarł, i dlatego wykonywanie praktyki dopóty będzie miał sobie wzbronionêm, dopóki przez nowy egzamin nie dowiedzie uzupełnienia brakujących wiadomości". Ustawa austryjacka nie określa pojęcia „błędu lekarskiego", a niemiecka wcale o nim nie wspomina; prawodawcy niemieccy nie zgodzili się nawet na wniosek Deputacyi umiejętnéj, aby ustawa mieściła w sobie określenie tego pojęcia elastycznego; w Niemczech przypadek taki musiałby być podporządkowany pod jeden z dwóch §§. 222 lub 230. Natomiast dawniéj Casper, a w ostatnich czasach Oesterlen starali się podać tę definicyję. Casperowska była niefortunną i już dawno jest porzuconą, a definicyja Oesterlena, jakkolwiek nieco szczęśliwsza, jednak również jest nieodpowiednią, z téj prostéj przyczyny, że nie stać nas na definicyję uchybienia leczniczego, ponieważ zasady lecznicze nie są dogmatami. D. jednak przyjmuje bez krytyki definicyję Caspra, a odnośnie do leczenia ran usiłuje pojęcie „opieszałości", mieszczące się w kodeksie karnym niemieckim objaśnić w sposób następujący: „Opieszałością będzie, jeżeli lekarz śród leczenia obrażonego lub operowanego przez działanie lub zaniechanie spuszcza z uwagi zasady przeciwgnilnego leczenia ran, wyjąwszy przypadek, w którym ze względu na wskazanie żywotne stósowanie tego leczenia było niemożebnêm". Rozchodzi się tylko o to, czy przez opieszałość tę istotnie wywołał śmierć lub uszkodzenie, czyli o wykazanie ścisłego związku przyczynowego pomiędzy opieszałością lekarza a szkodą, którą poniósł chory. Tu znów nasuwa się trudność. Podczas gdy bezwzględni admiratorowie antyseptyki, jak Volkmann i Nussbaum, podają stanowczo, że lekarz odpowiedzialny jest za każde zboczenie, występujące w przebiegu gojenia się rany, że jest odpowiedzialny, jeżeli w ranie rozwija się choć najlżejsze zaczerwienienie reakcyjne, jeżeli amputacyja nie goi się *per primam* itd.,—inni, jak Kocher, König itd. wyrażają się o wiele ogledniéj, przyznając, że pomimo najskrupulatniejszego przestrzegania antyseptyki groźne przypady zakażenia, róża, *sepsis*, śmierć z obrażenia głowy lub po operacyi w stawie kolanowym zdarzają się, że więc postępowanie antyseptyczne nie jest nieomylnêm; a jeżeli, powiadają oni daléj, coś podobnego przytrafia się bardzo doświadczonemu klinicyście choćby raz na 100 przypadków, jakiêm prawem przypuścić można, że mniéj doświadczony powinien być odpowiedzialnym za przebieg niepomyślny. Spostrzegł się téż Nussbaum, że poszedł za daleko i dlatego przyznaje, że wiele zależy od sprawdzenia, w jakim stanie znajdowała się rana i jaki czas upłynął od zranienia, gdy lekarz objął chorego. Według niego zadaniem lekarza sądowego jest rozstrzygnąć, czy lekarz objął chorego z raną świeżą lub już septyczną; w ostatnim razie wolny będzie lekarz od wszelkiéj odpowiedzialności, w pierwszym zaś ma odpowiadać za następstwa niepomyślne. Ale i ta cecha jest nieuchwytną; pomijając już okoliczność, że niepodobna orzec stanowczo, kiedy w ranie mieszczą się już zarodki septyczne, to nawet w razie, jeżeli lekarz obejmuje chorego bezpośrednio po zranieniu, nie może wiedzieć, czy rana jest świeżą, ponieważ narzędzie, które ranę wywołało, mogło być nieczyste, a choć lekarz natychmiast użyje preparatu przeciwgnilnego, to następnego dnia może znaleść *sepsis*. Pytanie to zatêm nie ma znaczenia, wystarcza bowiem, że lekarz ordynujący postępował według zasad przeciwgnilnych.

Ale i z praktycznego stanowiska żądanie Nussbauma nie ma podstawy realnéj. Żaden lekarz nie może wiedzieć, a têm samêm i nie może być za to odpowiedzialnym, jeżeli chory zniecierpliwiony zdejmuje opatrzenie antyseptyczne, najlepiéj założone, lub jeżeli apteka dostarcza materyjału nieodpowiedniego itd. Działanie lekarza należy nie przed *forum* prawa, lecz sumienia i sądu umiejętnego ogółu lekarzy. Wszakże badania Kocha i Rosenbacha wykazały, że to, co mianem ogólnêm „*sepsis*" obejmujemy, nie jest sprawą jednolitą lecz różnorodną; wiedza nasza może się jeszcze rozszerzyć bardzo w tym kierunku, ale na teraz tłumaczą się ztąd złe wypadki, zdarzające się od czasu do czasu nawet najdoświadczeńszym w antyseptyce chirurgom. Zasługuje także na uwagę, że każdemu lekarzowi przytrafiają się zranienia, które leczeniu przeciwgnilnemu są wprost niedostępne, zwłaszcza w razie gdy już przed zranieniem istniała *sepsis* (np. *bronchitis septica c. bronchectasia*), lub gdzie rany stykają się z powietrzem i sokami ciała, lub jeżeli obok rany istnieją wrzody np. na podudziach; w takich razach niepodobna sprawdzić, gdzie była brama wchodowa dla prątków. Podobnie należy się zapatrywać na rękoczyny położnicze; tu o antyseptyce idealnéj już z góry mowy być nie może. Z tych powodów przeczącą musi być odpowiedź na pytanie, czy lekarz, który lecząc rany postępuje według zasad przeciwgnilnych, może być odpowiedzialnym za przebieg zranienia.

Postępowanie lekarza sądowego w obec antyseptyki jest prostêm. Przedewszystkiem winien sam znać dokładnie istotę i metody jéj, aby sam nie wykroczył przeciw zasadom przeciwgnilnym, aby np. nie zdejmował opatrzenia, badał rany w nieobecności lub bez wiedzy lekarza ordynującego. W obec oskarżenia, skierowanego przeciw lekarzowi, powinien znawca sądowy przedewszystkiem zażądać od obwinionego dokładnego opisu rzeczy, celem przekonania się, czy tenże wykroczył przeciw zasadom antyseptyki. Pomimo to zadanie główne zawsze pozostanie trudnêm, a mianowicie zadanie znawcy wykazania związku przyczynowego, a ponieważ większa część lekarzy sądowych ukończyła nauki lekarskie przed wprowadzeniem antiseptyki, ponieważ nadto skazanie lekarza pociąga za sobą szkodę materyjalną dla niego, a nadto moralną nie tylko dla niego ale dla całego stanu lekarskiego, więc autor oświadcza się za potrzebą zasięgnięcia opinii Wydziału lekarskiego już w śledztwie wstępnêm. (*Viertelj. f. gerichtl. Medicin* 45 Bd. 1 Hft. 1886, Juli).

(Z wnioskiem końcowym autora zgadzamy się najzupełniej, jednak nie z powodów przez niego podanych, lecz dlatego, że w ogóle nie wypada jednemu lub nawet dwom lekarzom wydać sąd o postępowaniu lekarskiêm kolegi. Nie rozchodzi się tu atoli o względy koleżeńskie, bo przecież lekarz zasiadający na ławie przysięgłych nie będzie się wahał sądzić lekarza, obwinionego o czyn jakiś karygodny. Ale rozchodzi się o umiejętne ocenienie postępowania czysto lekarskiego, do czego znawca lekarski najczęściéj wcale nie jest kompetentnym. Wiemy z doświadczenia, że w zwykłych stósunkach, zwłaszcza na prowincyi, lekarz sądowy może być powołany przez Sąd do wydania orzeczenia w przypadku, gdzie obwiniony jest o wadliwe leczenie lekarz starszy i doświadczeńszy od lekarza sądowego; byłoby to zarozumiałością, gdyby młodszy lekarz, który dopiero co opuścił ławy szkolne, zasiadł do sądu nad kolegą starszym; to też w takich przypadkach sąd ostry okazuje się następnie

jako nieuzasadniony. O wiele właściwszą jest rzeczą, aby znawcy w takich razach uznali się odrazu niekompetentnymi i zażądali zasiągnięcia orzeczenia Wydziału lekarskiego, który mając w gronie swojém reprezentantów wszystkich gałęzi lekarskich, sprawę oceni należycie, a przedewszystkiem bez uprzedzenia. *Sprawozd.).* *L. B.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Isze zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dnia 9 Stycznia 1866.

Obecni: Przewodniczący kol. Merunowicz i 27 członków.

1) Kol. Mehrer przedstawia dwóch chorych, a mianowicie:

1) Chory z *Cysticercus* w skórze. Chory ten 11-letni chłopiec, był w szpitalu izraelickim dwa razy, a teraz przybył po raz trzeci. Przed 2ma laty, kiedy był pierwszy raz w szpitalu, okazywał bardzo bolesny guzek wielkości grochu w okolicy łokcia prawego. Guzek ten wyjęto i nieba dano jego treści. W lecie roku przeszłego przybył do szpitala po raz drugi z guzkiem téj saméj wielkości także bardzo bolesnym w skórze pod prawym obojczykiem. Tym razem przecięto guzek, który przedstawił się jako pęcherzyk wypełniony cieczą jasno-żółtawą. W cieczy téj stwierdził kol. Feigel badaniem drobnowidowém obecność *Cysticerci cellulosae.* Teraz pojawił się u chorego trzeci taki sam guzek, jak dawniejsze, ale znowu na innéam miejscu, bo w skórze szyi, w okolicy rożka kości gnykowéj po stronie prawéj. Zastanawiając się nad przyczyną owego *cysticercus* i nad kwestyją leczenia tego przypadku, przedstawia kol. M. chorego, jako ciekawy i rzadko napotykany przypadek.

2) Drugi przypadek, mężczyzna około 37 lat liczący, stanowi także, acz nie ciężki ale ciekawy i rzadki przypadek chorobowy. Chory ten stracił bez bólu, bez *caries* itp. przyczyn w przeciągu 3 tygodni (przed 2 laty) wszystkie zęby szczęki górnéj. Zęby tak się chwiały, że chory mógł sobie sam jeden po drugim wyjąć, i istotnie wyjął je sobie nie doznając żadnego bólu. Chory cierpi teraz *„neuralgiam trigemini“* a nadto żrenica lewa jest mocno rozszerzona i na światło nie oddziaływa. (Stanu wzroku ani stanu głębi oka l. kol. M. nie podaje). Przeciw nerwobólowi n. troistego stósowano wszelkie zalecane środki i sposoby lecznicze, lecz bezskutecznie. Kol. M. sądzi, że musi tu być przyczyna nerwobólu w ośrodkach nerwowych i że musi zachodzić jakiś związek między owym nerwobólem a utratą zębów szczęki górnéj przed dwoma laty. Zęby szczęki dolnéj są wszystkie zachowane i zdrowe. W literaturze znalazł kol. M. tylko jeden podobny przypadek opisany przy ataksyi ogólnéj przez Dra de Manche.

II. Następnie rozpoczyna kol. Seifmann dyskusyję nad metodą zapobiegawczego leczenia wścieklizny u ludzi po ukąszeniu, podaną przez Pasteura.

(Dyskusyja ta będzie zamieszczoną w streszczeniu w *„Przeglądzie Weterynarskim“).* *Dr. Wiktor.*

V. Billrotha Aforyzmy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Nie wchodząc w kwestyję, będącą także na porządku dziennym, czy wykształcenie w szkole realnéj wystarcza dla kandydata medycyny, i pozostawiając rozstrzygnięcie jéj pedagogom, B. poczytuje znajomość języka łacińskiego i greckiego jako niezbędną; daléj uważa za potrzebne główne zasady artymetyki, geometryi i fizyki, podczas gdy wykład chemii należy pozostawić wyłącznie uniwersytetowi. Sąd jego o naukach przyrodniczych podaliśmy już wyżéj. W ogóle błędném jest mniemanie, że ten tylko jest człowiekiem wykształconym, który bardzo dużo się uczył; nierównie ważniejszą jest rzeczą, umieć szybko i różnorodnie obchodzić się ze swoją wiedzą. Z doświadczenia własnego podaje spostrzeżenie, że u uczniów niemieckich, a mianowicie u średnio uzdolnionych, istnieje niezdolność reprodukowania tego, co się słyszało; jest to wada narodowa niemiecka, od któréj inne narody są wolne; a przecież jest to okoliczność ważna, bo cała metodyka nauki uniwersyteckiéj polega na ścisłém pojmowaniu tego, co się spostrzegało i słyszało, a ponieważ w klinice, ograniczonéj do istniejącego materyjału demonstracyjnego, wykład systematyczny całéj materyi jest niemożebny, więc punkt ciężkości pracy u medyków leży w pracy domowéj, a uczeń, który w domu nie wprowadza w ład tego, co widział i słyszał, nigdy nie osiągnie jasnego poglądu na całość medycyny, choćby nawet uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Godziny kliniczne podobne są do wycieczek botanika z uczniami bez wykładu systematycznego; profesor uniwersytetu daje tylko wskazówki, przedstawia okazy, rzeczą ucznia jest uporządkować wszystko, co widział i odtworzyć nie tylko to, co widział i słyszał, ale i to, czego w domu się wyuczył. Kto czuje się przeciążonym obecnemi wymogami uniwersytetu, jest tylko za słabym do dźwigania ciężaru; ten powinien obrać zawód lżejszy.

Po tych uwagach przechodzi B. do utyskiwania nad niepilnością uczniów; z 450 uczniów, zapisanych na jego klinikę w półroczu letniém, zaledwie 50—60 uczęszczało regularnie, a więc 12—15%, a z tych wielu czyta gazety, a wielu ani słowa nie rozumie z jego wykładów! Nie służba wojskowa ani przygotowanie do 1go rygorozum są tego przyczyną, jak niektórzy sądzą, lecz brak surowego wychowania u dobrodusznéj ludności austryjackiéj, niedostateczne wpajanie poczucia obowiązku i odpowiedzialności. Ztąd pochodzi, że młodzież austryjacka nie dojrzała do owéj miary wolności uczenia się, jaka istnieje w naszych wszechnicach, i dlatego obok ścieśnienia téj swobody potrzeba koniecznie, aby wychowanie domowe stało się surowszém.

„Wolność nauczania“ nie podlega żadnemu zarzutowi; jest téż ona w uniwersytecie ograniczoną co najwięcéj przepisami formalnemi, jak np. ile godzin profesor obowiązany jest wykładać itd. Inaczéj się ma rzecz z wolnością uczenia się, bo tu zachodzi pytanie, czy wypada uczniowi pozostawić nieograniczoną swobodę uczęszczania na rozmaite przedmioty w porządku, jaki sam sobie ze szkodą własną oznacza i słuchania jednych wykładów a pomijania drugich? B. dawniéj był za tą swobodą nieograniczoną, rząd atoli sam zaprowadził pewne ograniczenia, o ile włożył na ucznia obowiązek uczęszczania na medycynę przez lat 5, przez 10 godzin co najmniéj tygodniowo, a jakkolwiek porządek i kolej, w jakiéj winien słuchać przedmiotów, nie zostały z góry oznaczone, to przecież każdy uczeń wykazać się musi, że przez 2 półrocza brał udział w ćwiczeniach sekcyjnych, że przez 4 półrocza uczęszczał na klinikę wewnętrzną i chirurgiczną, a przez 1 półrocze na okulistyczną i położniczą. Trudno wprawdzie pojąć, dlaczego nie zostały równocześnie uznane jako obowiązkowe wykłady z anatomii opisowéj i patologicznéj, fizyjologii, farmakologii, medycyny sądowéj? Jako następstwa téj zbytniéj wolności, którą tchnie ustawa z r. 1872 poczytuje B: olbrzymie powiększenie się liczby uczniów, a przytém próżne sale wykładowe, egzaminy liche, małe wykształcenie lekarzy, brak lekarzy na prowincyi i w okolicach górskich, a przepełnienie w miastach większych. Dalszą wadą téj ustawy jest pozwolenie uczniom złożenia pierwszego rygorozum po 2 latach, przez co nauka zostaje przerwaną, a po ukończeniu 5lecia studenci *ex offo* puszczają w niepamięć anatomiję, fizyjologiję, fizykę i chemiję.

Wypadałoby, jak w Prusiech, jeszcze raz egzaminować ze wszystkich przedmiotów; u nas atoli egzaminy w porównaniu z pruskiemi i szwajcarskiemi są za łatwe. Potrzeba więc wielka zachodzi przejrzenia przepisów o rygorozach i ścieśnienia wolności uczenia się.

Po tych uwagach wstępnych przystępuje B. do kwestyi, która skłoniła go do wystąpienia ze swym epilogiem, i traktuje ją w rozdziale pod napisem „Potworna frekwencyja na Wydziale lek. wiedeńskim". Potworną istotnie jest liczba uczniów, która przeszłéj zimy doszła prawie do 2.700. Trzecią część téj liczby stanowili Węgrzy, obcokrajowych było 170; na Przedlitawiję przypada około 1.600, a pomiędzy nimi największe cyfry przypadają na Austryję dolną, Czechy, Morawiję i Galicyję. Autor otwarcie przyznaje, że jakość profesorów i zakładów nie wpływa znacznie na to wzmożenie się liczby uczniów, bo w takim razie zmniejszenie się liczby w latach 1872—1879 świadczyłoby źle o profesorach i zakładach; tak np. podaje autor, że gdy w r. 1860 razem z Griesingerem powołany został do Zurychu, mieli w pierwszém półroczu po 10 słuchaczów w klinikach, a w pierwszych 3 latach dochód z praktyki obydwom nie wystarczył na śniadanie; po 6—7 latach mieli już do 100 uczniów i wcale przyzwoity dochód z praktyki, ale po ich odejściu liczba uczniów jeszcze się wzmogła. — Jak tam, tak wszędzie wzrost liczby uczniów zależy od stosunków politycznych i narodowych, od powiększenia się ludności, majątku narodowego, od środków komunikacyjnych itd. Natomiast jakość profesorów i zakładów wpływa na jakość uczniów; im lepsi nauczyciele, im lepiéj uposażone zakłady, a głównie im mniejsza liczba uczniów, tém droższe wprawdzie, ale też tém większe i pożyteczniejsze dla państwa postępy tych ostatnich. Cóż się zaś dzieje w obec takich stosunków, jakie obecnie istnieją w Wydziale lek. wiedeńskim? Otóż co najwięcéj asystenci, pomocnicy i najpilniejsi z uczniów kształcą się należycie; natomiast co półrocze powtarza się to zjawisko, że z początku sale są przepełnione, a szybko nastają pustki, pomimo że dwa razy tyle jest zapisanych uczniów, ilu sale pomieścić mogą. Studenci zabijają czas przesiadywaniem po kawiarniach, bilardem lub skatem, lub też przypatrywaniem się przechodzącym. A jaki smutny widok przedstawiają rygoroza? Kandydaci uczą się z podręczników, a nawet tylko z ich wyciągów, wybębniając pytania w urnie się znajdujące; przy egzaminach praktycznych puszczają się na los szczęścia, a wtedy jeszcze najwięcéj przepada; o przyswajaniu sobie zapatrywań indywidualnych profesora mowy już wcale nie ma. Z drugiéj strony i profesor sam, zmuszony co tydzień egzaminować 10—12, czasem 20 kandydatów i odbycia 50—60 kolokwijów pod koniec półrocza podupada cieleśnie i umysłowo.

A pomimo to wszystko wielu chlubi się tém zjawiskiem i sprzeciwia usunięciu onego. Z braku znajomości rzeczy lub umyślnie mięszają oni atoli liczbę uczniów i liczbę lekarzy zagranicznych, którzy Wiedeń jeszcze uważają za *Ecole de perfection*, więcéj niż Berlin, Paryż i Londyn; przybywają oni z Ameryki, Anglii, Brazylii, Włoch, Rumunii, Grecyi, Rosyi, Szwecyi, mniéj z Niemiec, Francyi, Hiszpanii itd.; liczba ich wynosi rok rocznie 2—300; jednakowoż ci lekarze w spisie uczniów albo wcale nie figurują, albo co najwięcéj jako słuchacze nadzwyczajni, mało miejsca zajmują w salach wykładowych, dla nich odbywają się kursy osobne, dlatego ich obecność nie ma nic wspólnego z właściwemi wykładami szkolnemi. Że i studenci biorą udział w tych kursach, chcąc w krótkim czasie nabyć wiadomości do egzaminów, jest wprawdzie rzeczą nieodpowiednią, ale zawsze lepiéj, żeby się czegoś przynajmniéj nauczyli. (Dok. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** złagodniała w Budapeszcie i ustała prawie w Tryjeście i Krainie. Natomiast według ostatnich wiadomości wybuchła w Szegedynie.

* **Wiedeń**. W półroczu letniém 1886 zapisanych było na uniwersytet 5358 uczniów, a mianowicie: teologów 220, prawników 2,105; medyków 2289; filozofów 744. Z uczniów medycyny było 2147 zwyczajnych a 142 nadzwyczajnych; na 2147 zwyczajnych było 641 uczniów z Węgier, 292 z Galicyi, 259 z Austryi dolnéj, 249 z Morawy i 209 z Czech.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z płonicy umarło 1 (2 z. t.); z dławca i błonicy 1 (4 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 2 płonicy. W tygodniu od 12—18 września umarło z ospy: w Warszawie 3, w Wiedniu, w Budapeszcie 32; w Rzymie 2, w Paryżu 1. Z duru osutkowego umarło: w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 6, w Paryżu 16, w Londynie 14, w Petersburgu 5. Z odry umarło: w Paryżu 9, w Londynie 11, w Petersburgu 8. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 15, w Londynie 16, w Petersburgu 13, w Odesie 14. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 11, w Berlinie 33, w Paryżu 14. Z krztuśca umarło: w Paryżu 8, w Londynie 18, w Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,4; we Lwowie 26,0; w Brodach 40,7; w Drohobyczu 35,8; w Kołomyi 24,4; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 43,3; w Tarnopolu 36,8; w Tarnowie 30,6; w Czerniowcach 20,4; w Warszawie 28,2; w Poznaniu 28,2; w Wiedniu 21,6; w Salcburgu 9,8; w Gracu 29,1; w Tryjeście 56,6; w Insbruku 26,1; w Pradze 31,3; w Bernie 28,6; w Ołomuńcu 23,0; w Budapeszcie 34,6; w Berlinie 36,1; we Wrocławiu 42,4; w Gdańsku 29,0; w Dreźnie 32,8; w Hamburgu 36,2; w Kolonii 31,3; w Lipsku 23,8; w Mnichowie 38,2; w Strasburgu 39,9; w Amsterdamie 25,9; w Bazylei 14,7; w Brukseli 23,8; w Chrystyjanii 21,4; w Genewie 15,1; w Kopenhadze 33,5; w Londynie 17,6; w Odesie 23,2; w Paryżu 21,5; w Petersburgu 25,4; w Rzymie 24,0; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 11,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 października. Wedle programu odbyło się wczoraj uroczyste otwarcie roku szkolnego. Po nabożeństwie w kościele św. Anny Rektor i profesorowie udali się do amfiteatru nowodworskiego, gdzie tymczasem zeszli się oprócz młodzieży akademickiéj, goście zaproszeni, pomiędzy którymi znajdowali się ks. biskup krakowski, ks. biskup Krasiński, prezes Akademii Umiejętności itd. Po zdaniu sprawy z prac dokonanych w roku ubiegłym przez ustępującego rektora przemówił rektor prof. Tarnowski a następnie miał odczyt z literatury polskiéj.

* Proff. Domański i Pareński powrócili do Krakowa.

* W ostatnim numerze Časop. lek. česk. docent Dr. Chodounský zestawia prace ogłoszone przez członków Wydziału lekarskiego czeskiego od r. 1883; (prac tych jest przeszło 150), i odzywa się do młodszych kolegów zachęcając ich do gorliwéj pracy.

* **Wiedeń**. Mianowany radcą sekcyjnym w Ministerstwie spraw wewn., Dr. Kusy z Berna morawskiego, desygnowany jest jako następca radcy dworu Dr. Schneidera, który zamierza przejść w stan spoczynku.

Z powodu silnych boleści musiano wykonać u prof. Arlta amputacyję w środkowéj $^1/_3$ części uda; operacyję uskutecznił

prof. Dittel po naradzie z prof. Albertem. Niestety pokazało się śród operacyi, że *Endophlebitis* i *Endarteriitis* daléj posunęły się były, aniżeli przypuszczano, tak że pomyślnego skutku spodziewać się nie można. (*W. med. Woch.*).

Starszy lekarz sztabowy Dr. Albert Michaelis przeniesiony w stan spoczynku otrzymał rangę jeneralnego lekarza sztabowego i order korony żelaznéj 3éj kl. w uznaniu zasług położonych na swém stanowisku.

Na pierwszém tegoroczném posiedzeniu Rady państwa poseł Roser i towarzysze przedłożyli wniosek względem ustanowienia w Wiedniu państwowego Urzędu zdrowia.

Niezadługo ma być zwołaną w Ministerstwie Oświecenia ankieta celem zastanowienia się nad reformą studyjów uniwersyteckich

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Drowie Israi i Bakó potwierdzeni zostali jako docenci, pierwszy laryngologii, ostatni chirurg. chorób dróg moczowych. — **Petersburg.** Docent w Akademii wojenno lekarskiéj Dr. Pöhl otrzymał tytuł honorowego profesora chemii lekarskiéj.

* **Wiadomości osobowe.** Starszym lekarzem w armii czynnéj mianowany został Dr. Izydor Aschkenazy z Krakowa, lekarzami asystentami zaś Drowie Józef Friedberg i Franciszek Sroczyński w Krakowie.

* **Nekrologija.** W Birmingham umarł znakomity chirurg Józef Sampson Gamgee, urodzony we Florencyi w r. 1828. Młodszy brat zmarłego, Artur G., jest profesorem fizyjologii w Manchestrze. — W Lubece umarł z pyemii prymaryjusz oddziału chirurgicznego Dr. Hinkeldey.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Dunina: Parę uwag o przebiegu zap. opłucnéj u suchotników; Matlakowskiego: 36 przypadków przetok moczowych (c. d.); Zabłudowskiego: Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia (c. d,). — W *Medycynie* Nr. 40: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu Dujardin-Beaumetza: O pożywieniu niedostatecznem i higijenie żywienia w otyłości; Prusa (z kliniki prof. Korczyńskiego): Kilka uwag o zachowaniu się krwi bielicowéj. (dok.). — W *Przeglądzie weterynarskim* Nr. 10: Boczkowskiego: Liszaj wyłysiający (dok.); Sikorskiego: Zgrubienie zastawki Bauhiniego przyczyną kolki śmiertelnéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Adolf BAGINSKY: Wykład chorób dzieci, tłum. przez Dra W. Kosmowskiego, Tom II, Warszawa 1886.

Sprostowanie. W Nrze 30, str. 489, szp. II. wiersz 15 i 16 od góry wypuścić należy: „pod mianem kolloidu". — W Nrze 40, str. 498, szp. I, wiersz 9ty od góry po wyrazie „podniebiennego" opuszczono: „(któreto gałązki widzieliśmy również lecz nie uwzględniliśmy wśród drażnienia elektrycznego z powodu ich wątłości").

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 16 października 1886. **№ 42.** Rok XXV.

I. Przyczynek do chirurgii jelit. Resekcyja znacznéj części jelita (36 cm.) w przypadku przepukliny uwięźniętéj zgorzelą dotkniętéj. Wyleczenie.

Podał
Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Przebieg pooperacyjny. Chory w nocy oddać miał 3 wolne stolce (których nie zachowano) i raz wymiotował. 5/8 rano ciepłota 38·0, tętno 108; znaczna bolesność prawéj strony brzucha; przy najlżejszém dotknięciu chory drga (odskakuje); język brzegami wilgotny, w środku suchy, obawa, że rozpoczyna się zapalenie błony brzusznéj. Polecono podawać choremu po 10 kropli *Tra Opii* 4 razy dziennie, zimne (lodowe) okłady na brzuch, odmieniane co 5 minut, ścisłą dyjetę, podawanie mleka kwaśnego, o które chory prosi. 5/8 popołudniu ciepłota 39·4, tętno 128, zresztą stan ten sam. 6/8 rano, ciepłota 38·3, tętno 104, lekka żółtaczka osobliwie na białkówkach ocznych widoczna, zresztą stan ten sam. Terapija ta sama. 6/8 wieczór, ciepłota 38·8, tętno 120, chory dość swobodny; znaczne przesączenie opatrunku; zmiana tegoż, dolne warstwy jego (ku mosznom) mocno cuchnące; moszna znacznie obrzmiałe. Na mosznach porobiono (około 5) głębokie nacięcia podłużne; z miejsc naciętych odpłynęła obficie ciecz surowicza mocno cuchnąca; przestrzykano dokładnie ranę i dren 5% karbolem i sublimatem (1:1000); opatrunek jak pierwszym razem. 7/8 rano, ciepłota 38·7, tętno 100, język suchawy, brzuch niebolesny, żółtaczka wybitna, *tenesmus*. Polecono choremu nie przeć do oddania stolca i podawać mu daléj *Tra Opii*, 3 r. d.; godz. 12 r. śpiączka, tętno 100 pełne. 7/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 104, brak bolesności brzucha, pragnienie. 8/8 rano, ciepłota 38·0, tęt. 104, język wilgotny; chory w nocy oddał znaczną ilość moczu (2 kaczki) i sam o tém wspomina; bębnica na całéj przestrzeni brzucha; brak bolesności tegoż; lekkie zaczerwienienie dolnéj jego części; przesiąknięty mocno opatrunek zmieniono; brak cuchnienia opatrunku i rany; znaczny obrzęk moszen rozciągający się i na stronę prawą; przy uciskaniu na brzegi rany wypływa kroplami z pomiędzy węzłów ropa; usunięto dla tego szew materacowy i dolną część szwu kuśnierskiego do połowy rany, poczém z głębi téjże obficie wydobywa się ropa. Powięź pokrywająca sznurek nasienny okazała się obumarłą a pod nią znajdujące się powietrze wypuszczono przez wycięcie téjże. Nacięto w kilku miejscach worek mosznowy również i po stronie lewéj, wycięto strzępy nekrotycznych tkanin naokoło miejsc poprzednich nacięć, połączono ze sobą dostępne podminowania zakładając przeciwotwory i po dokładnéj irygacyi rany i miejsc naciętych 5% wodą karbolową i rozczynem sublimatu (1:1000), opylono miejsca dostępne rany jodoformem, wytamponowano ranę i nacięcia możliwie wysoko gazą jodoformową a przez spółkujące rany nawskróś przeprowadzono gazę jodoformową. 8/8 wieczór, ciepłota 38·3, tętno 104, obfite poty przez cały dzień. 9/8 rano, ciepłota 37·7, tętno 96, język suchawy, żółtaczka mniéj wybitna, bębnica również zmniejszyła się, chory swobodny. Terapija ta sama. 9/8 wieczór, ciepłota 38·3, tętno 100. Chory nieco nieprzytomny i majaczy, język jednak ma wilgotny, brzuch niebolesny, jednak wzdęty; przy lekkim ucisku po stronie prawéj brzucha słychać kruczenie; chory wnet oprzytomniał zupełnie. O godz. 4éj popoł. oddał stolec rzadki w skąpéj ilości (stolca nie zachowano). 10/8 rano, ciepłota 37·7, tętno 96, język wilgotny, twarz nieco więcéj zapadnięta, również oczy głębiéj w oczodołach; opatrunek przesiąknięty zmieniono, przyczém okazał się tenże cuchnącym; strzępy nekrotyczne w znacznéj ilości wycięto nożyczkami Coopera, przyczém niemal całą przednią i górną powierzchnię prawego jądra obnażono z nekrotycznych tkanin; po dokładném oczyszczeniu rany karbolem i sublimatem i insuflacyi jodoformu opatrunek jodoformowy. 10/8 wieczór, ciepłota 38·0, tętno 84, chory po południu oddał rzadki żółto zabarwiony stolec; chory jest apatyczny, odpowiada tylko na zadane

pytania: opaskę zwalaną kałem zmieniono; o godzinie 8éj wieczorem chory czuje i stwierdzić można słuchem i dotykiem przelewanie się w kiszkach osobliwie po stronie prawéj brzucha; chory przytém ma parcie na stolec; chcąc przeszkodzić oddaniu stolca wprowadzono do prostnicy czopek zawierający 0·01 morfinu, poczém parcie wnet ustąpiło. Polecono dnia następnego wprowadzić rano i popołudniu po jednym czopku morfinowym. 11/8 rano, ciepłota 38·0, tętno 96, zmiana przesiąkniętego, cuchnącego opatrunku; wycięcie strzępów nekrotycznych. 11/8 wieczór, ciepłota 39·0, tętno 104, język suchy; podano 1·00 *Chin. muriat.* 12/8 rano, ciepłota 37·5, tętno 96, stłumienie powyżéj pachwiny prawéj (zaczerwienienie ustąpiło), język wilgotny; zmiana opatrunku i usunięcie strzępów nekrotycznych; podano choremu wódkę, wprowadzono 1 czopek morfinowy i 3 razy dziennie po 10 kropli *Tra Opii.* 12/8 wieczór, ciepłota 38·00, tętno 104, język suchy, brzuch niebolesny, chory swobodny, obfite poty, chory oddał stolec. 13/8 rano, ciepłota 37·5, tętno 96, język wilgotny, chory swobodny, zmiana opatrunku, usunięcie strzępów zgorzelinowych. Podczas opatrunku chory dostał parcia na stolec i oddał nieco żółto zabarwionego rzadkiego kału; polecono w ciągu dnia podać 30 kropli *Tra Opii simpl.* 13/8 wieczór, ciepłota 38·0, tętno 96. 14/8 rano, ciepłota 37·7, tętno 96, język wilgotny, chory swobodny, zmiana opatrunku, rana pokryta ziarninami, mniejsza ilość strzępów zgorzelinowych. 14/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 96. 15/8 rano, ciepłota 37·2, tętno 108, język obłożony; zmiana opatrunku, chory ma biegunkę; jak często oddaje stolec, dowiedzieć się trudno, tylko chory podaje, że pokarm przez niego prędko przelatuje! 15/8 wieczór, ciepłota 38·3. 16/8 rano, ciepłota 37·5, tętno 94, (12 dzień po operacyi *fistula stercoral., parotitis*), zmiana opatrunku; po zdjęciu tegoż sączy się kał żółty, rzadki z górnéj wewnętrznéj zatoki górnéj części rany; prócz tego zauważono bolesny obrzęk okolicy prawego gruczołu ślinnego przyusznego; polecono okłady lodowe na obrzęk. 17/8 rano, obrzęk gruczołu przyusznego zwiększył się; badanie wykazuje prócz powiększenia, bolesność i zaczerwienienie tegoż; przy zmianie opatrunku kał żółty, rzadki w górnéj części rany w ilości 2 łyżek; polecono nadal okłady zimne na okolicę gruczołu przyusznego. 18/8 rano. Obrzęk gr. przyusznego wzrósł do wielkości jaja kurzego, chory doznaje w nim rwącego bólu; podczas zmiany opatrunku brak kału w ranie; przy naciśnięciu na powłoki brzuszne wydobywa się parę kropli żółtéj ropy z otworu, z którego przedtém kał wypływał; otwór ten rozszerzono ostrożnie sondą i włożono weń gazę jodoformową; opatrunek rany jak poprzód. 18/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 96. 19/8 rano, ciepłota 37·2, tętno 96, prawy policzek mocno obrzmiały, gruczoł przyuszny wysadzony, skóra nad nim lekko zaczerwieniona; silny rwący ból w guzie; podczas zmiany opatrunku parę kropli kału w ropie wypływającéj z rany w ilości 2 łyżek stołowych. 19/8 wieczór 38·5. 20/8 rano 37·2, tętno 96, obrzęk gruczołu przyusznego nie zmniejszył się, brak jednak bólu w nim; podczas zmiany opatrunku ciemno żółte (kałowe) zabarwienie zdjętéj gazy jodoformowéj; znaczniejsza ilość (4 łyżek stoł.) brudno żółtéj z kałem zmięszanéj ropy. 20/8 wieczór 38·5. 21/8 rano 37·5, t. 96, opatrunek; brak kału. 21/8 w. 37·5. 22/8 r. 37·5, tętno 80, opatrunek; nieco kału, około 4 łyżek ropy. 22/8 wieczór, ciepłota 38·5, tętno 86. 23/8 rano, ciepłota 37·0, tętno 86, opatrunek: około 4 łyżek ropy nieco kału. 23/8 wieczór, ciepłota 37·7. 24/8 rano, ciepłota 37·2, tętno 86, język wilgotny; chełbotanie na tylnym brzegu obrzęku w gr. przyusznego; po głębokiém nacięciu wypływa około 2 łyżek gęstéj ropy, zmiana opatrunku, około 4ch łyżek gęstéj ropy w ranie; pokarm chorego składa się z kaszy jęczmiennéj, rosołu, wina i śliwek. 24/8 wieczór, ciepłota 38·5. 25/8 rano, ciepłota 37·0, opatrunek, brak kału, około 3 łyżek ropy w ranie; opatrzono także ropień w gr. przyusznym. 25/8 wieczór, ciepłota 38·5. 26/8 rano, ciepłota 37, brak kału w opatrunku, ropień po rozszerzeniu cięcia opatrzono; założono drugi dren. 26/8 wieczór, ciepłota 39·5! 27/8 rano, ciepłota 37·0, w ranie około 4 łyżek kału zmięszanego z ropą. 27/8 w., c. 38·8. 28/8 rano, c. 37·5, t. 96, opatrunek; ropa bez kału w ranie w ilości 2 łyżek stołowych; w. 38·5. 29/8 rano, ciepłota 37·0; zmiana opatrunku; tylko ropa w ranie; w. 38 5. 30/8 rano, c. 37·0, zmiana opatrunku: wyciśnięto nieco ropy z otworu, z którego kał przedtém wydobywał się; wieczór c. 37·8. 31/8 rano, ciepłota 37·0, opatrunek, zresztą stan ten sam; wieczór c. 37·8. 1go września rano, c. 37·0, w. 37·3. 2/9 r. c. 36·9, opatrunek, brak kału; w. c. 37·0. 3/9 r., ciepłota 37·0, wieczór 37.5. 4/9 opatrunek; około 2 łyżek ropy, stan bezgorączkowy. 5/9, 6/9, 7/9 stan bezgorączkowy, 8/9 stan bezgorączkowy; zmiana opatrunku; rana pokryta bujnemi granulacyjami; z miejsca dawnéj przetoki kałowéj wyciśnięto kroplę ropy. 9/9, 10/9, 11/9 stan bezgorączkowy, 11/9 zmiana opatrunku, zresztą stan ten sam, chory dostaje ten sam pokarm co inni chorzy, ma apetyt, rana po ropniu na zabliźnieniu. 14/9 zmiana opatrunku: wyciśnięto nieco ropy z miejsca dawnéj przetoki kałowéj; obfite granulacyje. 20/9 zmiana opatrunku; rana pokryta bujnemi ziarninami; przecięto nowy ropień na przednim brzegu gr. przyusznego, z którego wydobyła się około łyżeczka ropy. Pozwolono choremu przechadzać się. 27/9 chory kilka razy dziennie przechadza się po sali. Zmiana opatrunku; rana znacznie zmniejszona pokryta bujnemi ziarninami, gdzieniegdzie pokryta białemi wysepkami przybłonka; rany po nacięciach na mosznach zupełnie zabliźnione; jądro pokryte zupełnie utkaniem bliznowatém; przytuszowano ranę laseczką azotanu srebrowego.

Przypadek opisany przedstawia kilka ciekawych szczegółów; najpierw służy nam jako przykład, że i wśród niekorzystnych warunków resekcyja jelita udać się może; do niekorzystnych warunków zaś policzyć muszę przedewszystkiém stan septyczny, w jakim chory znajdował się przed operacyją i który trwał przeszło 3 tygodnie po operacyi, dalej brak odpowiedniego przygotowania do operacyi, odpowiedniéj liczby asystentów, brak światła podczas operacyi itd. Korzystny wynik operacyi zawdzięczyć należy ściśle przeprowadzonéj antyseptyce, dokładnéj enterorafii (?), częstemu starannemu usuwaniu części zgorzelinowych, ściągnięciu pętli zeszytego jelita jak najniżéj ku bramie przepuklinowéj, podawaniu częstemu narkotyku i pokarmów tylko płynnych, antyflogozie przez zastosowanie okładów lodowych na powłoki brzuszne podczas zadrażnienia otrzewny. Do korzystnego wyniku przyczyniły się również miejscowe zlepy i zrosty na około przetoki kałowéj. Przypadek nasz poucza, że użycie jedwabiu do enterorafii, pomimo starannego szycia (szwu trójwarstwowego), nie jest w stanie zapobiedz powstaniu przetoki kałowéj i że dostaniu się kału do jamy brzusznéj zapobiedz można przez ściągnięcie możliwie nisko miejsca enterorafii lub téż nawet przyczepienie za pomocą szwu tegoż miejsca do bramy przepuklinowéj albo do skóry, jak to polecił był Verneuil (König: *Chirurg.* III wyd., II tom, str. 315). Do uciśnięcia jelita przed przecięciem użyto

z korzyścią wielkich kleszczy Péana z nałożonemi na końce tychże drenami; uczyniono to dla braku uciskadeł Wehra lub Rydygiera, które uważam za pewniejsze uciskadła (dla jednostajnego ucisku) a nadto oszczędzają one wiele miejsca. Że w naszym przypadku ważyliśmy się na enterorafiję i pogłębienie jelita w obec stanu septycznego, można uważać za krok zbyt śmiały i słusznie mógłby nam uczynić ktoś zarzut, czy nie lepiéj byłoby w naszym przypadku założyć czasowo sztuczną odbytnicę. W odpowiedzi i na usprawiedliwienie nasze nadmieniamy, że z pewnością nie było można rozpoznać stanu septycznego w obec tego, że język chorego był wilgotnym, uwięźnienie trwało dopiero 2 dni, chory nie miał dreszczów, nie miał wybitnéj żółtaczki; zresztą wynik korzystny naszego zabiegu w znacznéj części nas usprawiedliwia. Ciekawém i rzadszém zjawiskiem w naszym przypadku była znaczna nierówność świateł resekowanych części jelita; do wyrównania tychże użyliśmy prostego sposobu chwytania w szwy większych odstępów z części mającéj większe światło, nie wiedząc zupełnie o tém, że w ten sam sposób poradził był sobie już w r. 1881 Schinzinger (l. c.); czy sposób ten zwężenia światła wywołał niedokładność dostatecznego zbliżenia świateł i rozejścia się szwów, trudno rozstrzygnąć; wycięcie odcinka jelita z szerszego światła, jak to zaproponował Rydygier (*Berl. klin. Woch.*, 1881, Nr. 42, str. 620 i *Volkmanns Samml. klin. Vortr.*, Nr. 220, str. 2000), sfałdowanie większego światła, jak to uczynił był Billroth (*Wien. med. Woch.*, 1879, Nr. 1, str. 3), ścięcie jelita ukośne podług polecenia Wehra (*Deutsche Ztschr., f. Chir.*, t. XVII, str. 102), albo wreszcie zeszycie częściowe większego światła uważaliśmy za zabiegi bardziéj skomplikowane a ostatni nawet wydaje się nam być niebezpiecznym z powodu możliwych zastoin kałowych w powstającéj ztąd torbie. Uwzględniliśmy w naszym przypadku przestrogę Kochera, który radzi dokładnie zbadać osobliwie górny odcinek jelita przed enterorafiją i wyciąć wszystko podejrzane na podstawie doświadczeń, które wykazują, że w kierunku doprowadzającego jelita zgorzel osobliwie lubi postępować. Korzystnym warunkiem w naszym przypadku był brak znaczniejszéj ilości kału przy częściach resekowanych; na ważną tę okoliczność, że wypełnienie jelita kałem znacznie pogarsza udanie się operacyi, zwrócił uwagę Kocher (*Centralbl. f. Chir.*, 1880, Nr. 29) już w r. 1880; Kocher radzi nawet (l. c.) wypuścić ostrożnie podczas operacyi treść z jelita doprowadzającego do naczynia podstawionego. Jak ważném jest przygotowawcze wypróżnienie jelita, udowodnił także Rydygier (*Berl. klin. Woch.*, 1881, Nr. 43, str. 632) swojemi doświadczeniami na zwierzętach.

Wśród objawów stłumienia okolicy brzusznéj dolnéj po stronie prawéj i uporczywéj biegunki wystąpiła dwunastego dnia po operacyi przetoka kałowa, która bez żadnych groźnych następstw utrzymywała się przez dni jedenaście, poczém ustąpiła bezpowrotnie; prawie równocześnie powstało zap. gr. przyusznego, które uważać można jako jeden z objawów stanu septycznego, częścią téż jako zadrażnienie gruczołu przyusznego na drodze odruchowéj (sympatyczna *parotitis*) z powodu sprawy zapalnéj na około prawego jądra. Przeciw uporczywéj biegunce podawaliśmy *Tra Opii simplex* i morfin w czopkach bez widocznego jednak polepszenia; biegunka będąc objawem *sepsis* ustąpiła dopiero z ustąpieniem stanu gorączkowego i reszty objawów stanu septycznego. Podnieść musimy wielkość resekowanego kawałka jelita (36 cm.) W obec tego, że operacyja resekcyi jest stosunkowo nową, że statystyka jéj jest niedokładną, uważaliśmy za obowiązek ogłoszenie naszego przypadku i zdaniem naszém nawet przypadki nieudałe powinny być skrzętnie zbierane i ogłaszane. Co się tyczy osobistego zapatrywania na tę operacyję i sprawę zakładania sztucznéj odbytnicy, to ten ostatni zabieg ograniczać należy tylko do najgorszych przypadków; gdzie upadek sił jest bardzo znaczny, gdzie istnieje już zapalenie błony brzusznéj, gdzie *sepsis* jest wybitną lub już istniejąca albo grożąca zgorzel każą się obawiać stanu septycznego; w 2 przypadkach przez nas obserwowanych, gdzie założono sztuczną odbytnicę w obec przepukliny zgorzelinowéj przebieg gojenia trwał prawie rok cały, jeden przypadek zaś zakończył się śmiercią chorego w skutek wyniszczenia. Resekcyja jelita z następową enterorafiją i pogłębieniem niezupełném, t. j. pozostawieniem zeszytéj pętli w bramie przepuklinowéj, wydaje nam się być operacyją zupełnie racyjonalną i odpowiadającą zupełnie wymaganiom nowoczesnéj chirurgii.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Po upływie dni kilku [1]) pp. obducenci wydali następującéj treści

Orzeczenie

Z dokonanego badania miejsca, w którém zwłoki Franciszki Mnich znaleziono oraz z przeprowadzonych oględzin zewnętrznych i wewnętrznych wynika:

I. Franciszka Mnich nie umarła w miejscu, w którém ją znaleziono, lecz dopiero po śmierci w to miejsce została przeniesioną. Przypuściwszy, że Franciszka Mnich dnia 27 listopada r. z. żyć przestała, przeniesioną została w miejsce, gdzie ją znaleziono, znacznie późniéj. Aczkolwiek położenie trupa jest tego rodzaju jak u upadłego, który powstać usiłuje (lewa noga zgięta, ręce na piersiach), to w uwzględnieniu braku skóry na głowie całéj i szyi (I. 1), uszkodzenia na głowie (II. 1, 2, 3), złamania szczęki dolnéj (I. 2), cięcia brzucha i wyjęcia płodu z macicy (I. 4, II. 10, 12), stanowczo twierdzić można, że położenie to po śmierci trupowi już nadaném zostało. Przypuścić téż nie można, aby trup $3^1/_2$ miesięcy na powietrzu, deszczu i błocie leżący, niektóre części tak zachowane posiadał, jak to na rękach, plecach i piersiach Franciszki Mnich spostrzedz się daje.

II. Franciszka Mnich została zamordowaną w ten sposób, iż wprzód ją ubezprzytomniono a następnie gardło poderznięto, w skutek czego śmierć nastąpić musiała. Ubezprzytomnienie nastąpiło w skutek dwóch uderzeń przedmiotem twardym tępym. Uderzenie pierwsze nader silne spowodowało złamanie szczęki dolnéj (I. 2), drugie wywołało uszkodzenie na czaszce, oponie twardéj i mózgu samym (II. 1, 2, 3).

[1]) Daty na orzeczeniu niema, ani téż Sędzia nie zaznaczył, kiedy mu orzeczenie wręczono. Jednak p. Meydl, którego interpelowaliśmy co do téj kwestyi, podał, że przypomina sobie dokładnie, iż w kilka dni po sekcyi orzeczenie napisaném zostało.

Poderznięcia gardła do wodzi skóra na szyi i przełyku o brzegach gładkich ciętych (I. 3, II 3).

III. Franciszka Mnich była w 3—4 miesiącu ciąży. Morderca rozciął brzuch z lewéj strony a po przecięciu macicy płód wraz z łożyskiem wyjął.

Ciąża wynika z powiększenia macicy (II. 10, 12). Przecięcie brzucha i macicy wynika z gładkich brzegów uszkodzeń (I. 11). Że zaś płód wyjętym został z macicy przez mordercę a nie przez zwierzęta drapieżne, wynika z gładkich brzegów cięć w macicy (II. 10) i całości jéj, jeżeli płaty rozcięte razem złożyły. Zresztą w uwzględnieniu położenia trupa wyjęcie płodu przez zwierzęta drapieżne jest czystą niemożebnością.

IV. Franciszce Mnich zdjął morderca dla zatajenia zbrodni skórę z głowy i wyciął zewnętrzne części płciowe. Wynika to z gładkich brzegów skóry na szyi oraz z braku części płciowych włosem pokrytych (II. 1, 3).

Brak części płciowych nie mógł wyniknąć z obgryzienia przez zwierzęta drapieżne, które w ogóle ciała włosem pokrytego nie czepiają się, jeżeli inny żer na trupie mają, ani w skutek toczenia przez robactwo, gdyż nie można przypuścić zupełnego zniszczenia przez robaki pewnych części ciała, w obec zupełnie nietkniętych innych części w tych samych warunkach co i brakujące znajdujących się.

V. Franciszka Mnich w obec twierdzenia w ustępie III zawartego zamordowaną została przez mordercę, który o ciąży jéj wiedział. Wyjęcie płodu wskazuje, że morderca o ciąży Fr. Mnich wiedział. Płód wyjętym został albo w skutek zabobonu, np. złodzieje utrzymują, że świeca robiona z niedonoszonego płodu jest pewnym sposobem do udania się kradzieży, albo że morderca był izraelitą, którym wyjęcie płodu po śmierci matki jest nakazaném, albo z chęci zatarcia śladu ciąży.

O popełnienie morderstwa na osobie Franciszki Mnichówny posądzono odrazu małżonków Ritterów, a podejrzenie wzmogło się, gdy dochodzenie, uskutecznione przez żandarmów d. 7 marca w pomieszkaniu Ritterów, wykryło, że piwnica ich domostwa świeżo piaskiem nasypaną była i że tłumaczenie posądzonych co do téj okoliczności okazało się fałszywém. A gdy komisyja sądowa w parę dni późniéj, zlustrowawszy dom i piwnicę, doszła do przekonania, że w piwnicy téj morderstwo nastąpić mogło, zarządzono d. 13 marca uwięzienie małżonków Ritterów a przy téj sposobności zabrano kilka przedmiotów podejrzanych, jak siekiery, noże i kół. W tydzień późniéj żandarmeryja uwięziła i Marcelego Stochlińskiego, jako podejrzanego o udział w morderstwie, a podczas gdy Ritterowie od pierwszéj chwili do końca wszelkiéj winy się wypierali, ostatni, po drodze od mieszkania swego do sądu strzyżowskiego zeznał przed żandarmami, że wspólnie z małżonkami Ritterami i ich córkami zamordował Franciszkę Mnichównę, krewną swoję, w piwnicy Ritterów, że ostatni zwłoki następnie przenieśli do parowu, że Ritter chciał pozbyć się Mnichówny z powodu, że była w ciąży w skutek obcowania z nim płciowego, wreszcie, że zeznający otrzymał za pomoc swoją zapłatę od Rittera w kwocie 50 zła. Przyprowadzony do Sądu w Strzyżowie i natychmiast przesłuchany (22 marca w nocy) w obecności Dra Bielińskiego powtórzył swoje zeznanie, zmniejszając tylko swoją winę. Zeznanie to miał późniéj powtórzyć jeszcze kilkakrotnie przed współwięźniami. Późniéj atoli odwołał wszystko, twierdząc, że jest całkiem niewinny i o niczém nie wie, a tłumacząc pierwsze swoje zeznanie przymusem ze strony żandarmów, którzy z góry mieli mu zadać pytanie: kto bił a kto rznął, i biciem zmusili go do przyznania się; opowiadanie zaś przed współwięźniami starał się tłumaczyć obałamuceniem skutkiem przebytego w więzieniu duru.

Celem wyjaśnienia szczegółów Sąd polecił d. 3 kwietnia 1882 wydobycie zwłok Franciszki Mnichówny (ekshumacyja pierwsza), a protokół odnośny opiewa:

Po otworzeniu trumny zdjęto ze zwłok, których tożsamość sprawdzono, wszystką odzież, a ponieważ odzienie to zgnilizną ze zwłok pochodzącą zmoczone i tak dalece zabłocone było, że poznanie barwy i możliwych plam na niém znajdujących się w tym stanie było niemożliwością, przeto na wniosek znawcy Dra Bielińskiego odzienie to składające się z pięciu kawałków przepłukano. Ponieważ znawca oświadczył, że porównanie téj odzieży z innemi kawałkami dopiero po wyschnięciu nastąpić może, albowiem barwa płótna zmoczonego staje się różną od barwy płótna suchego, wzięto odzież tę mokrą do przechowania sądowego.

Przy tém stosownie do polecenia odjął Dr. B. ze zwłok pękniętą szczękę dolną i takową do przechowania sądowego oddał.

Szczęka dolna posiada resztki części miękkich i więzadeł oraz zęby nieuszkodzone. Szczęka ta składa się z dwóch kawałków, a to w ten sposób, iż gałąź jéj prawa w okolicy brody jest oddzielona. Złożywszy oba kawałki razem przedstawia się linija łączna w kształcie nieprostym lecz kątowym. Powierzchnie łączne obu kawałków są pochyłe, t. j. linija okrążająca powierzchnie łączne gałęzi zbliża się więcéj w swéj części tylnéj ku brodzie, niż kawałek przedni téj linii. Podobnie i powierzchnia łączna reszty części szczęki ma linije ograniczające ją ku oddzielonéj gałęzi szczęki, w tylnéj jéj części więcéj wysterczające niż w przedniéj.

Orzeczenie. Kształt powierzchni łącznéj obu kawałków szczęki, która tylko w gwałtowny sposób na te kawałki podzieloną została, wskazuje, iż rozdział ten nie w skutek rozcięcia narzędziem ostrém, lecz w skutek uderzenia gwałtownego ciałem twardém o powierzchni tępéj, to jest, że złamanie w skutek pęknięcia nastąpiło. Złamanie to siekierą osobno opisaną nastąpić mogło a to w ten sposób, iż uderzenie obuchem téjże zadaném zostało; nie mogło zaś nastąpić w skutek upadku i uderzenia głową, względnie szczęką, o przedmiot twardy.

Dla ważności sprawy Sąd przesłał w pierwszéj połowie kwietnia 1882 razem z aktami *Corpora delicti* do Sądu krajowego w Krakowie, z prośbą, o polecenie zbadania ich przez tutejszych znawców i zażądania opinii. Sąd tutejszy badanie to poruczył prof. Browiczowi i Drowi Żuławskiemu.

Przedmiotami przesłanemi do badania były: 1) Dwie siekiery i 2) dwa noże stołowe, w mieszkaniu Ritterów znalezione, 3) kół z drzewa, 4) koszula, 5) dwa warkocze, 6) żuchwa Franciszki Mnichowny. Nadto w skrzyni znajdowała się także w naczyniu szklaném macica Mnichówny, którą przy pierwszéj sekcyi pp. obducenci wyjęli, jednak zbadania tego preparatu Sąd nie żądał.

1. Na jednéj z dwóch przesłanych siekier nigdzie nie znaleziono plam podejrzanych. Na drugiéj zaś znajdują się na drzewie tuż przy nasadzie ostrza plamki brunatnawe, na górnym rogu ostrza pokłady rdzawe i nalepione na nich

źdźbła słomy i łuski roślinne, oraz cztery odcinki włosów. Badanie plam podejrzanych tak na drzewie, jakotéż ostrzu siekiery mikrochemiczne, spektralne, jakotéż mikroskopowe za pomocą ługu potasowego nie doprowadziło do rezultatu dodatniego.

2. Włosy, a raczéj odcinki włosów, które się na ostrzu znajdowały, okazują się pod mikroskopem jako włosy barwy podobnéj do barwy włosów (warkoczów) Franciszki Mnichówny. Włosy te są bez rdzenia, tak jak włosy na głowie. Podobnéj grubości włosy znajdują się także wśród warkoczy Franciszki Mnichowny, przeważnie jednak są nieco cieńsze, na dwóch odcinkach widać znaczne zabarwienie żółto-czerwone, jakby od krwi pochodzące, któréj jednakże wykazać nie podobna.

Orzeczenie. Jakkolwiek badanie nie wykazało dodatnich śladów krwi, nie możemy jednak stanowczo i bezwarunkowo wykluczyć możności, iż plamy owe pochodzą ze krwi. Zanieczyszczenie bowiem znaczne, szczególnie ostrza, rozmaitemi ciałami, jakie na niém się znajdowały, utrudniły znacznie poszukiwanie i udaremniają je często. Włosy, które były na ostrzu, pochodzą z człowieka, są bowiem bezrdzenne i pochodzą z głowy, za czém przemawiają: grubość ich i bezrdzenność. Włosy te podobne są bardzo do włosów Franciszki Mnichówny; identyczności jednak ich z włosami zamordowanéj stanowczo przypuścić nie możemy.

3. Szczęka dolna złamaną jest na dwie części. Szczęka ta obnażoną jest zupełnie z części miękkich, tak iż kość wygląda jak zmacerowana. W brzegu zębodołowym tkwi 10 zębów, brak po obu stronach 3ch zębów trzonowych, w którémto miejscu trzy zębodoły zupełnie gładkie, tak jak to po dłuższym czasie bywa, gdy ząb wypadnie. Szczęka złamaną jest po stronie prawéj, gałąź jéj pozioma, w kierunku od wzniosłości przodkowéj skośnie ku górze i tyłowi przez otwór żuchwowy zewnętrzny. Przy brzegu wolnym ku tyłowi od dolnego końca złamania odszczepiony kawałeczek płaski 18cm. długi, powierzchnia przełamu nierówna, w miejscu od szczepionego kawałka dosyć gładka.

4. Oba warkocze mikroskopowo badane ze względu na jakość końców przygłowowych przedstawiają stan następujący: końce przygłowowe włosów okazują z małym wyjątkiem gładką do osi włosa poprzeczną powierzchnię. Na niektórych w stosunku do liczby pierwszych nader nielicznych, powierzchnia ta nie jest równą, gładką i poprzeczną do osi włosa, lecz albo skośną lub kopułowatą i nierówną, schodkowatą. Obok włosów o końcach przygłowowych o powierzchni gładkiéj lub nierównéj, schodkowatéj, znajdują się włosy posiadające cebulkę włosową, która jest cienką, wydłużoną o powierzchni gładkiéj, stożkowato lub nawet ostro zakończone. Włosów posiadających cebulki stosunkowo mało.

5. Na kole widocznie jako drzewo siekiery lub téż innego narzędzia służącym znajdują się plamy brunatnawe, nieregularne. Badanie mikrochemiczne niewykazało śladów krwi.

6. Oba noże stołowe o ostrzach 12cm. długich a 2cm. szerokich, o trzonkach czarnych drzewianych. Ostrza te obydwa rdzą pokryte. Badanie mikrochemiczne nie wykazało śladów krwi.

7. Koszula bez rękawów czysta jakby prana wnosząc po barwie plam podejrzanych. Poniżéj otworu rękawowego prawego znajdują się 4 plamy brunatne, nieforemne, z tych najbardziéj ku tyłowi położona największa, plamy które z wejrzenia zewnętrznego wnosząc jakby z krwi pochodziły. Badanie mikrochemiczne nie podało jednak szczegółów, z których o pochodzeniu krwawém tychże plam wnosić można.

Orzeczenie. W obec ujemnego wyniku badania przedmiotów pod Nr. 5) i 6) opisanych nie możemy plam podejrzanych uważać jako plamy z krwi pochodzące. O plamach na koszuli znalezionych w obec ujemnego wyniku badania mikrochemicznego również nic stanowczego wypowiedzieć nie możemy.

Uwzględniając wynik badania mikroskopowego włosów warkoczy a mianowicie powierzchnię końca przygłowowego gładką, poprzeczną do osi włosa, którą główna masa włosów przedstawia, nieznaczną stosunkowo liczbę włosów o powierzchni końców przygłowowych nierównéj, wreszcie nieliczne włosy posiadające cebulkę, która przedstawia wejrzenie, jakie same przez się wypadające włosy posiadają, orzekamy, iż warkocze te odjęte zostały narzędziem ostrém. W razie bowiem wyrwania włosów ślady cebulek włosowych byłyby znaczniejsze, a końce przerwanych włosów nie posiadałyby tak gładkiéj i równéj powierzchni jak niniejsze, w razie zaś wyrwania włosów na trupie lub oddzielenia się tychże w skutek zgnilizny również ilość cebulek włosowych, jakotéż jakość powierzchni końców przygłowowych włosów różniłaby się w wejrzeniu, tém bardziéj, iż warkocze w całości są oddzielone i z tego powodu przewaga znaczna ilość włosów o powierzchni końców przygłowowych, wpływ narzędzia ostrego wskazujących, tém większego nabiera znaczenia. O przyczynie złamania szczęki wypowiedzą podpisani swe zdania w dodatkowém orzeczeniu. (C. d. n.)

III. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o fizyjologii gruczołu tarczykowego.

Podał
Dr. Jan Prus,
asystent kliniki lekarskiéj Uniw. Jagiell.
(Dodatek do Nru 40).

Równocześnie niemal z rozprawą Fuhra pojawiły się jeszcze dwie prace, wykonane podług téj saméj metody, jaką posługiwał się Fuhr, a zdążającéj do poznania fizyjologii gruczołu tarczykowego na podstawie skutków eliminowania czynności tegoż gruczołu. Mam tu na myśli pracę Hercena (*La semaine médicale* 1886) i pracę Rogowicza (*Medicinskoje obosrenije* 1886, Nr. 14). Wyniki tych prac są prawie jednakowe, obaj bowiem autorowie przyszli do wniosku (podobnie jak Horsley, Colzi, Sanquirico i Canalis), że wycięcie gruczołów tarczykowych u psów sprowadza objawy, które odnieść należy do zaburzenia czynności ośrodków nerwowych a w szczególności kory mózgowéj. Ta jednak różnica zachodzi między pracą Hercena i innych a pracą Rogowicza, że w rozprawie Rogowicza znajduje się nadto opis zmian anatomo-patologicznych, dotyczących mózgu i rdzenia zwierząt operowanych.

Hercen zauważył u psów po wycięciu gruczołów tarczykowych objawy podobne jak i inni autorowie, a mianowicie napady drgawek już to ogólnych, już téż tylko w zakresie niektórych grup mięśniowych, znaczne utrudnienie oddychania, podwyższenie ciepłoty do 43·4°C., ogromną trwożliwość a w końcu objawy przygnębienia czynności mózgu. Jeden pies zdechł po 52 dniach, drugi po 42 dniach a trzeci w 48 godzin po operacyi.

Zwierzęta operowane przez Rogowicza kończyły życie w trzecim lub czwartym tygodniu od chwili wycięcia gruczołów tarczykowych i to albo wśród napadu drgawek lub też wkrótce po napadzie. Drobnowidowe badanie mózgu i rdzenia pacierzowego wykazało obraz, przedstawiający: *encephalomyelitis parenchymatosa subacuta*. W szczególności zmiany te polegały: na wypełnieniu naczyń i przestworów zewnętrznéj warstwy naczyniowéj okrągłemi komórkami, na obecności ciałek białych i komórek tłuszczowo zwyrodniałych w istocie szaréj, na napęcznieniu włókienek osiowych, wypustek komórkowych i komórek zwojowych a wreszcie na zamazaniu obrysów komórek i ich jąder. W białéj istocie znajdowały się zmiany te bez porównania w mniejszym stopniu. Nadto napotykano niemal stale podobne zmiany w przysadce mózgowéj. Dodać winienem, że Rogowicz przetaczał krew zwierzęcia chorego (skutkiem wycięcia gruczołów tarczykowych) do ustroju zwierząt zupełnie zdrowych, przyczém zmian żadnych nie zauważył, natomiast przetoczenie krwi psa chorego do żyły psa świeżo operowanego sprowadzało drgawki w zakresie mięśni tułowia i niepokój. Wycięcie gruczołów tarczykowych nie ma wpływu, zdaniem autora, na ilość ciałek krwi w ustroju zwierzęcia. Na podstawie swych badań przychodzi Rogowicz do wniosku, że czynność gruczołu tarczykowego polega na usuwaniu jakichś nieznanych produktów wymiany materyi.

Jak widzimy, i te dwie ostatnie prace nie zostają w sprzeczności z wynikiem naszych badań, lecz owszem popierają tém silniéj już powyżéj wypowiedziane przez nas zdanie, że gruczoł tarczykowy spełnia ważną rolę w chemizmie ustroju i że głównie w drodze badań chemicznych dążyć należy do rozwiązania téj ciemnéj kwestyi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Podręcznik chirurgii szczegółowéj Dra L. Rydygiera. Tomu pierwszego zeszyt drugi. Poznań 1886. Nakładem autora.

Mamy przed sobą drugi zeszyt podręcznika chirurgii szczegółowéj Rydygiera, który wraz z pierwszym stanowi tom pierwszy dzieła; zamieszczoną jest przytém i przedmowa autora. Już przy ukazaniu się pierwszego zeszytu witaliśmy książkę tę serdecznie, żywiąc uzasadnioną nadzieję, iż autor wzbogaci literaturę naszą dziełem, które nie tylko że jéj zaszczyt przyniesie, ale co więcéj, zapełni w niéj lukę, domagającą się usilnie wypełnienia. Dla użytku uczącéj się młodzieży lub lekarzy praktykujących nie posiadamy ani jednego podręcznika chirurgii, którym możnaby się jako tako posługiwać, brak nam nawet przekładu odpowiedniego dzieła z obcego języka, któryby w obec ciągłego postępu chirurgii nie pozostawiał wiele do życzenia. Ostatnie bowiem tłumaczenie chirurgii szczegółowéj Königa dokonane zostało z wydania z r. 1876; a co dziś 10 lat dla chirurgii znaczy, to i nielekarz wie dobrze!

Tom I dzieła Rydygiera odpowiedział w zupełności naszym oczekiwaniom. Jasne, poglądowe, przedstawienie rzeczy, sumienne uwzględnienie literatury całéj do ostatnich czasów z wyszczególnieniem polskiéj, omijanie długich, nużących wywodów, zwięzły, jędrny styl i szereg pouczających rycin, to są zalety, które dzieło to czynią podręcznikiem odpowiadającym ze wszech miar dzisiejszym bardzo wygórowanym wymaganiom. Szczególnie wypada nam podnieść, że jak rzeczy ważne omawia autor obszernie, wyczerpująco, tak o rzeczach mniéj ważnych lub wątpliwych krótko tylko wspomina; zasady przyjęte przez większość dzisiejszych chirurgów przedstawione są jasno, ale i zapatrywań przeciwnych nie pominięto wcale. Gdzie metod operacyjnych jest więcéj, tam autor opisuje szeroko te, które są w powszechném użyciu, a krótką czyni tylko wzmiankę o innych.

Treść pierwszego zeszytu podaliśmy już swojego czasu w tém piśmie (p. Przegl. Lek 1884, Nr. 46).

Zeszyt drugi obejmuje następujące działy: Choroby języka, miękkiego i twardego podniebienia, choroby migdałków i gardła, ślinianek ucha, skóry, tkanki łącznéj, podskórnéj, gruczołów chłonnych, naczyń i nerwów szyi, choroby gruczołu tarczykowego, krtani, tchawicy i przełyku.

Nie mamy potrzeby wdawać się w rozbiór treści pojedynczych rozdziałów, gdyż jesteśmy przekonani, że każdy lekarz polski, któremu zależy na tém, aby się zapoznać z obecnym stanem chirurgii, książkę tę sam w rękę weźmie i sam — z zadowoleniem — przeczyta. O jedno tylko prosilibyśmy szan. autora: aby zechciał przyspieszyć, o ile to może, wydanie dalszych zeszytów, a chodzi nam o to, ażeby zeszyty pierwsze w czasie ukończenia całego dzieła nie były już przestarzałe. *Mikulicz.*

Chirurgija.

Bergmann: **Rozwój nowszéj nauki o trepanacyi.** (Wykład miany w Towarzystwie lek. w Berlinie).

W latach 1830 i 40 istniało jeszcze takie zamięszanie co do wskazań dla téj operacyi, iż kiedy Klein oświadcza, że wina śmierci chorego ciąży zawsze na lekarzu, gdy tenże nie wykona śpiesznie trepanacyi, to Stromeyer w lat kilka potem wygłasza zdanie: „kto dziś jeszcze trepanuje, musiał chyba sam doznać uszkodzenia głowy“.

Jeszcze Dieffenbach żali się na brak kryteryjum w téj sprawie. Pewności w działaniu nabrano dopiero wtedy, gdy nauczono się odróżniać zmiany, jakie obrażenie głowy pociąga bezpośrednio za sobą, od zmian następowych. Niemniéj przyczyniły się do tego studyja doświadczalne na zwierzętach, a mianowicie postępy fizyjologii mózgu, w szczególności lokalizacyi poszczególnych czynności, co umożebniło stanowcze rozpoznawanie chorób ogniskowych mózgu a wreszcie nowsze badania nad uciskiem i wstrząśnieniem mózgu.

Najuporniéj trzymano się wskazania do trepanacyi w złamaniach połączonych z wgnieceniem kości i „objawami mózgowemi“; obala je jednak z koniecznością sam fakt, że wgniecenie kości czaszki nigdy nie sprowadza ucisku mózgu. Poznano, że zbiór objawów, zwany uciskiem mózgu, zależy od zmian w krążeniu całego mózgu, wywołanych przyczyną zmniejszającą pojemność niepodatnéj jamy czaszkowéj [1]). To zmniejszenie jednak pojemności musi dosięgnąć pewnego dającego się liczebnie oznaczyć *minimum*, ażeby objawy ucisku wywołało. *Minimum* to nie zostaje osiągniętém w przyp. wgniecenia kości czaszkowéj.

Natomiast objawy ucisku wywołane bywają w przyp. obrażenia czaszki wszędzie tam, gdzie przychodzi do nagromadzenia znaczniejszéj ilości krwi do jamy czaszki, względnie między oponą twardą a czaszką. Dzieje się to jednak wtedy tylko, gdy pęknięciu ulegną większe naczynia śródczaszkowe, a zatém *arteria meningea media* lub też większe jéj gałęzie. Właśnie doświadczenia na zwierzętach robione pouczyły nas o tak charakterystycznych objawach tego zja-

[1]) Autor wierzy dotąd niewzruszenie w ucisk ogólny, pomija zaś w zupełności teoryję prof. Adamkiewicza o ucisku lokalnym. *Przyp. ref.*

wiska, iż nie rzadko można je z wszelką stanowczością rozpoznać a rozpoznawszy je stanowczo wstrzymywać się nie powinniśmy ani na chwilę z trepanacyją. Ucisk bowiem dłużéj trwający mógłby porazić ośrodki tak niezbędnych dla życia funkcyj, jak oddychania i krążenia.

Cel trepanacyi w tych przypadkach jest jasny: usunąć należy wynaczynioną krew, popodwięzywać naczynia, o ile to się da, a resztę uskutecznić tamponadą z gazy jodoformowéj. Należy wiedzieć, że *arteria meningea* może uledz pęknięciu nawet przy niezranionéj skórze i niezłamanéj kości czaszkowéj.

Drugie wskazania odnoszące się jeszcze do spraw toczących się w saméj jamie czaszkowéj stanowi ropień mózgu. Cel ten sam, co przy każdym innym ropniu, tu otwarcie tém konieczniejsze, że ropień usadowił się w tak ważnym organie, jakim jest mózg. Rozpoznanie ropnia opierać należy 1) na objawach ogniskowych, 2) na właściwym przebiegu sprawy, 3) na zachowaniu się ciepłoty, właściwém wszelkim ropieniom, 4) na etyjologii. Moment ostatni jest dla rozpoznania klinicznego ropnia mózgu może najważniejszym. Pominąwszy bowiem gruźlicę mózgu i rzadkie bardzo przypadki rozsianych ropni w przebiegu posocznicy, napotykamy zresztą ropień mózgu tylko wśród 3ch ściśle określić się dających warunków: 1) w przyp. zranienia miękkich powłok czaszki i odsłonięcia kości bez względu na to, czy przytém kość i mózg doznały również obrażenia czy nie, 2) wśród ropienia i wrzodzenia kości czaszkowych, 3) w przebiegu ropnia płucnego na podstawie zatoru.

Ropień mózgu nie powstaje wcale z innych przyczyn, co ropień w jakiemkolwiek innem miejscu ciała, powód doń daje jedynie i wyłącznie zakażenie swoiste tkanek, jakąkolwiekby drogą istoty zakaźne z zewnątrz tam się dostały. Rzadkie są przypadki ropnia powstałego na tle bezpośredniego zakażenia zmiażdżonéj masy mózgowéj, nierównie częściéj dzieje się to pośrednio przez szerzenie się sprawy zakaźnéj z rozpadających się zakrzepów drogą żył Santoriniego.

Krwotok więc i ropień są to dwa jedyne przypadki, gdzie objawy mózgowe same przez się zmuszają nas do trepanacyi; w obu razach operacyja, skoro tylko rozpoznano dobrze, uchylić może niechybną śmierć.

Z innych objawów mózgowych, występujących w następstwie obrażeń czaszki, żadne same przez się nie dają wskazania do trepanacyi.

Często jednak trepanować nam wypada dla samego złamania kości czaszki. Rozróżnić tu należy podobnie jak wszędzie złamania powikłane od niepowikłanych, gdy te ostatnie same przez się nie stanowią wskazania do trepanacyi, to złamania powikłane nakazują często takową. Nawet wgniecenia, a tém mniéj proste złamania niepowikłane czaszki, choćby przy obecności objawów mózgowych, jeżeli te tylko nie dadzą się z wszelką pewnością odnieść do przyczyn dających się przez trepanacyję usunąć, nie uprawniają do wykonywania trepanacyi. Tu np. należy wstrząśnienie i zmiażdżenie mózgu, w obec którego naturalnie trepanacyja jest bezsilną.

Przy złamaniach powikłanych spełnia trepanacyja po części zadania antyseptyki, w częś i zaś przez wydłutowanie i wyrównanie ostrych odszczepów kostnych ma wesprzeć proces gojenia. Rzeczywiście też rozchodzi się tu głównie o antyseptykę, a należy tu ją ze szczególną ścisłością przeprowadzić; do niéj również zdąża trepanacyja, jeżeli jak to jest wskazaném, wykonywamy ją przy takich pęknięciach czaszki, gdzie w szczeliny kostne dostały się części, jak piasek, błoto, włosy itp., mogące wzniecić zakażenie rany a za niém szerzenie się sprawy zakaźnéj na mózg i opony mózgowe. Czysto jednak pęknięcie czaszki nie daje jeszcze wskazania do trepanacyi.

Odszczepy kostne tkwiące w zmiażdżonéj masie mózgowéj należy wyjąć a trepanacyja w tym celu wykonana często bywa pomyślnym skutkiem uwieńczoną.

Na tém kończy autor rozbiór wskazań do trepanacyi, pomijając z umysłu jako odrębną grupę wskazania, jakieby się nasunęły przy nowotworach i epilepsyi. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886 Nr. 39). *Dr. Gross.*

Habershon: **Leczenie po dokonanéj tracheotomii.**

Zdaniem autora sposób odżywiania chorych po téj operacyi jest głównem źródłem niebezpieczeństw, jakie grożą tym chorym. Chorzy tacy przyjmują za mało pokarmów i umierają z inanicyi, albo też dostają t. z. *pneumonia ab ingestis.* H. usiłował tedy złemu w ten sposób zapobiedz, iż karmi dzieci takie po tracheotomii sztucznie, za pomocą cewnika wprowadzanego przez nos do żołądka. W ten sposób należy chorym co 3—4 godziny dostateczną ilość płynnych pokarmów do żołądka wprowadzać. Wynalazcą tego „karmienia nosem" ma być Dr. Bullar. Z 7 dzieci z dyfteryją w ten sposób żywionych po dokonanéj tracheotomii 5 wyzdrowiało, 2 umarło. (*St. Bartholom. Hosp. Rep.* 1885, Vol. XXI, — *Centralbl. f. Chirurg.*, 1886, Nr. 31).

Dr. Gross.

(β) **Pierwsze szczęśliwe wycięcie śródczaszkowego nowotworu** wykonał Dr. Durante w Rzymie u kobiety średniego wieku z mięsakiem wrzecionowatym, który wychodził z opony twardéj lewego płatu czołowego. Nowotwór ten sprawił wytrzeszczaka (*Exophthalmus*), utratę czucia i powonienia po lewéj stronie, jakotéż przytępienie umysłu. Po operacyi chora wyzdrowiała. (*The med. Record*, 1886, Nr. 11).

Okulistyka i Otyjatryja.

Kacaourow: **Antipyryna w leczeniu chorób ocznych.**

Autor doświadczał tego leku w 27 przypadkach. Niektóre z nich okazywały, prócz miejscowéj choroby öcz, zboczenia w układzie nerwowym. Lek oddaje znakomite usługi przeciw bólom głowy, towarzyszącym cierpieniu ocznemu. W 14 przypadkach dawka jednego grama była dostateczną, żeby usunąć ból głowy, jakby różczką czarodziejską; w 13 wypadło podać drugą taką dawkę; w 2 przypadkach (zapalenie n. wzrok. i zapalenie twardówki) osiągnięto ulgę dopiero trzecią jednogramową dawką. Dobroczynne działanie antipyryny oddawało przedewszystkiém wielkie usługi przeciw bólom głowy po operacyi zaćmy. Ciężkość i ból głowy zniknęły w godzinę po zadaniu leku u 9 takich chorych. Autor wyleczył nim uporczywy połowiczy ból głowy po wtargnięciu ciała obcego do wnętrza oczodołu. Autor robi dalsze doświadczenia i zachęca gorąco do naśladowania swojego przykładu. (*Wracz*, Nr. 7 r. 1886, *Annal. d'Ocul.*, lipiec i sierpień, 1886). *Rydel.*

Dr. M'Keown (Belfast): **Utrzymanie perforacyi błony bębenkowéj.**

M'Keowna metoda polega na utworzeniu trójkątnego płatu z błony bębenkowéj przed albo za rękojeścią młotka, wprowadzając pod dokładną kontrolą wzroku delikatny nożyk ku szczytowi rękojeści przedziurawiając nim błonkę przed albo za jéj szczytem i prowadząc jedno cięcie jak

można wysoko ku górze, drugie zaś łączące się z pierwszém u dołu tegoż ku przodowi albo ku tyłowi błonki. Powstały ztąd płat zapada się, albo może być zawinięty delikatną sondą i utrzymuje się w têm położeniu wynaczynioną krwią skrzepłą. Zwyczajne nacięcia nie mają według autora wartości terapeutycznéj, z wyjątkiem przypadków, gdzie tylko chodzi o odprowadzenie produktów zapalnych. Rękoczyn proponowany nie ma na celu przeprowadzenia drogą sztuczną fal głosowych, tylko utrzymanie ucha w spokoju na pewien przeciąg czasu i sprowadzenie równowagi układu nerwowego i naczyniowego ułatwiającego wessanie złogów zapalnych i przywrócenie funkcyi. Autor wyleczył w ten sposób wiele uporczywych przypadków zatkania trąbki Eustachego. Przez operacyję tę znosi się napięcie błony na przeciąg 2 tygodni do 2 miesięcy, podczas gdy zwykłe nacięcie znosi je tylko na kilka dni; również operacyja toruje drogę do skutecznego leczenia zmian przerostowych wyściółki ucha środkowego. W żadnym przypadku w ten sposób leczonym autor nie zauważył pogorszenia, owszem w większości przypadków znaczne polepszenie. (*The Lancet*, 1886 April 10).

Dr. Bargcz.

Choroby skórne i kiłowe.

Nowsze prace o zarazku kiłowym.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Podczas gdy badania powyżéj przytoczone odnosiły się albo do prątków Lustgartena lub téż do prątków łoju sromowego, Disse i Taguchi, dwaj Japończycy, ogłosili pracę, któréj treścią zasadniczą jest, że nie prątki Lustgartena, lecz t. z. *Doppelpunktbacillen* są istotną przyczyną kiły. Prątki te zupełnie różne od Lustgartenowskich, mają, zdaniem autorów, wiele podobieństwa z prątkami kiłowemi Aufrechta (*Centrbl. f. d. med. Wiss.*, 1881, str. 228) i Birch-Hirschfelda (tamże, 1882, str. 582). Hodowle tych prątków udały się autorom. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, 47 i 1886, 14). Zupełnie zaś odmienne postacią prątki, bo koki syfilityczne, wykryli Kassowitz i Hochsinger. Znaleźli je oni w narządach pięciu dzieci kiłą dziedziczną dotkniętych. Koki te barwią się bardzo łatwo barwikami anilinowemi przez użycie metody Grama; kwasy jednak odbarwiają je; są one bardzo postacią podobne do *streptococcus pyogenes* Rosenbacha. Autorowie napotykali je albo wewnątrz naczyń krwionośnych, szczególniéj włosowych, lub téż w ich bliskości, i to w takich częściach narządów najbardziéj, które wykazywały najwięcéj zmian kiłowych. W częściach takich samych u dzieci zdrowych autorowie nigdy nie napotykali tych koków. Koki te, zdaniem autorów, potrzebują, jak się zdaje, do utrzymania życia dużo tlenu, bo znajdują się przeważnie na powierzchni ciałek czerwonych krwi, daléj chętnie przebywają w pęcherzykach płucnych, a nigdy ich nie napotkano wewnątrz komórek. Od koków róży różnią się one têm, że przeważnie znajdują się w naczyniach krwionośnych. *Streptococcus pyogenes* pociąga w następstwie zawsze ropienie, podczas gdy autorowie nigdy w sąsiedztwie swoich koków ropy nie napotkali. Wreszcie autorowie wykluczają, aby utwory te były prątkami gnilnemi, bo im wcale inne prątki gnilne nie towarzyszyły, a miejsca ich usadowienia się były zawsze bardzo ograniczone. (*Wien. med. Blätter*, 1—3, 1876).

Praca ta Kassowitza i Hochsingera wywołała spór. Kolisko zarzucił autorom, że koki ich niczém więcéj nie są jak zwykłym *streptococcus pyogenes Rosenbachii*, dziwi się on, jak można uważać koki wykryte u pięciu dzieci, z których 4 miały zaledwie po kilka tygodni, a piąte było na pół zgniło urodzone, za koki patogenetyczne. Koki te dostały się do obiegu krwi albo przez zdarcie powstałe po pęcherzach syfilitycznéj bąblicy lub téż otwartemi naczyniami pępowiny lub wreszcie czerakami, znajdującemi się na skórze. Koki te Rosenbacha mogły się po śmierci jeszcze daléj we krwi mnożyć, a zresztą znane są autorowi sprawy septyczne, w których nie ma ani śladu ropienia, a w których z każdéj kropli krwi można otrzymać śliczne hodowle *Streptococcus pyogenes*. Kolisko badał zresztą narządy dzieci z kiłą dziedziczną, zmarłych w pierwszych dniach życia, jednak tam, gdzie nie było ani septycznego zakażenia ani gnicia, nigdy nie znalazł koków Kassowitza i Hochsingera. (*Wien. med. Bl.*, 1886, 4). Naturalnie rozprawa Koliski, wywołała replikę autorów (*Wien. med. Bl.*, 1886, 4), a ta znów duplikę Koliski (tamże, 1886, 5), który utrzymuje, że „*in den Kassowitz-Hochsingerschen Fällen eine sekundäre Infection mit Streptococcus pyogenes stattgefunden haben muss*“.

Ale i Anglicy nie dali się Niemcom wyprzedzić w poszukiwaniu prątka syfilitycznego. Eve i Lingord (*Lancet*, 1886, 10 kwiecień) znaleźli w tkance łącznéj, naczyniach limfatycznych, w komórkach, w wydzielinach, a późniéj i we krwi syfilitycznych właściwe prątki, z których otrzymali czyste hodowle. Prątek ten syfilityczny angielski ma być bardzo różnopostaciowym. Najczęściéj występuje w postaci laseczek na końcach zaokrąglonych, niekiedy maczugowato zgrubiałych. Prątki te barwią się łatwo, jednak metodą Lustgartena wykazać się nie dają. Mają one być różne od prątków łoju sromnego, które autorowie także otrzymali. Szczepienie czystych hodowli małpom dało wynik ujemny. W końcu autorowie zapowiadają, że udowodnią wkrótce, iż nie inny, lecz ich prątek jest dla kiły patognomonicznym i patogenetycznym.

Na têm więc stanowisku stoi obecnie sprawa prątków kiłowych, która tyle wrzawy w świecie naukowym wywołała. Mamy więc prócz prątka Lustgartenowskiego, identycznego zdaniem Matterstocka z prątkami łoju sromowego, jeszcze prątki zupełnie odmienne panów Disse i Taguchi, daléj koki Kassowitza i Hochsingera, wreszcie prątki Drów Evego i Lingarda. Dotąd zatém w ciągu lat dwóch wykryto aż cztery gatunki prątków patogenetycznych i patognomonicznych dla kiły, pole więc badania dla dalszych studyjów i nowych odkryć bakteryjologicznych jeszcze bardzo szerokie i zachęcające.

W końcu niniejszego sprawozdania pozwolę sobie jeszcze zwrócić uwagę na dwie prace, dość ważne, a stojące w związku ze sprawą, którą obejmuje nasze sprawozdanie. Bienstok zachęcony zdaniem Matterstocka, że różne własności barwienia się barwikami anilinowemi zależą u prątków bardzo wiele od środków, na jakich żyją, robił w tym kierunku doświadczenia i doszedł do ciekawego bardzo wyniku, że istotnie prątki hodowane na materyjale tłustym (20 g. masła na 100 g. 1% roztworu zasadowego gelatyny peptonowéj i z agar-agar) nabywają wielkiéj odporności przeciw działaniu kwasów i nie odbarwiają się jak inne bakteryje. Więc np. prątki z łoju sromowego hodowane w sposób powyższy, zabarwione według Lustgartena, wcale się nie odbarwiają przy użyciu nadmanganezianu potasowego i kwasu szczawiowego. Szczególniejszém jest przy takiéj hodowli, że tworzą się trzy warstwy: 1) warstwa górna, która obejmuje właściwą hodowlę, 2) warstwa środkowa, składająca się z masła z licznemi, w nią wtłoczonemi prątkami, 3) warstwa złożona z gelatyny. Otóż prątki z warstwy pierwszéj i osta-

tniéj dość łatwo się odbarwiają, podczas gdy z warstwy środkowéj okazują wielką odporność. Zjawisko to autor tłumaczy w sposób następujący: „*Die Fettschicht, die jeden einzelnen Keim umhüllt, erschwert zunächst die Färbung selbst und schützt dann den gefärbten Bacillus vor dem Zutritt der in wässriger Lösung befindlichen Entfärbungsmittel*“. Podobnie jak prątki z łoju sromowego zachowują się i inne prątki, jak np. wąglikowe, tyfusowe, masłowe itd.

Bienstok wysnuwa ze swego odkrycia wniosek, że prątki syfilityczne Lustgartena nie mają żadnego znaczenia patognomonicznego, daléj, że i z prątkami gruźliczemi trzeba być bardzo ostrożnym, bo, zdaniem autora, odporność ich przeciw kwasom polega na powłoce, jaką sobie wytworzyły z tluszczu pośród tkanek rozpadających się w jamie płucnéj, odporność zaś téj osłonki tłuszczowéj przeciw wyskokowi może zależeć znów „*von einem durch die Säure gefällten Albuminmantel (aus dem Sputum)*“. (*Fortschr. der Medicin*, 1886, IV, 6).

Gottstein (*ibidem*, 1886, IV, 8) potwierdza odkrycie Bienstocka, nie posuwa się jednak z taką śmiałością, jak ten ostatni, do tłumaczenia za pomocą niego zjawisk barwienia się prątków syfilitycznych, gruźliczych i innych. *Dr. Kopff.*

Higijena.

W. Heraeus (w Berlinie): **O zachowaniu się grzybków w wodzie studziennéj i ich działaniu odkwaszającém i ukwaszającém.**

Jedném z najważniejszych zadań higijeny jest ocenić, czy w danym przypadku woda studzienna jest dobra. Zadanie to spełnia ona drogą badania chemicznego; od czasu zaś kiedy bakteryjologija bardziéj się rozwinęła, i jéj głos w téj sprawie stawał się rozstrzygającym. Zjazd higijenistów brukselski w r. 1853 zakreślił granice, w jakich najważniejsze składniki chemiczne woda dobra może w sobie zawierać, podobnież i bakteryjologija podała, ile zarodników grzybkowych zdolnych do rozwoju może się mieścić w 1 sz. cm. wody, aby nie ściągnąć na nią zarzutu co do jéj dobroci.

H. Heraeus podjął szereg doświadczeń, aby się przekonać, o ile usprawiedliwioném jest twierdzenie, że dobra woda mniéj zawiera grzybków i odwrotnie, a zarazem starał się stwierdzić, jaka rola przypada grzybkom w sprawie ukwaszania i odkwaszania składników azotowych, zawartych w wodzie. Wyniki jego badań są następujące: Ilość zarodników grzybkowych nie daje nam podstawy wprost do ocenienia dobroci wody. Najlepsza studnia, mało albo wcale nieużywana, może wydawać wodę z tysiącami zarodników zdolnych do rozmnażania się, podczas gdy najgorsza, jeżeli się z niéj często pompuje, może ich wykazać zaledwie kilka w 1 sz. cm. wody. Woda chemicznie dobra może zawierać bardzo wiele grzybków, jeżeli pochodzi ze studni, w któréj cembrzyna jest zepsuta, zbutwiała, nieczysta. Tém więcéj mnożą się grzybki we wodzie, im więcéj jest zanieczyszczona składnikami odchodowemi. Im dłużéj stoi woda wzięta do badania bakteryjologicznego i w im wyższéj ciepłocie, tém więcéj przy badaniu znajduje się kolonij grzybkowych. Po długiém staniu wody, mającéj być badaną, giną bakteryje rozpłyniające żelatynę. Hodowle rozmaitych gatunków grzybków zaszczepiano w wodzie raz z tym skutkiem, że działanie ich ukwaszające przeważało, podczas gdy innym razem odkwaszanie nastało. W ogóle tyle się dotąd da powiedzieć, że dopóki woda zawiera wiele istot organicznych, toczy się w niéj proces odkwaszania, późniéj zaś, kiedy się rozwiną inne gatunki grzybków, bierze górę sprawa ukwaszania. (*Zeitschrift für Hygiene* 1886 1 Bd. 2 Heft). *Dr. Buszek.*

(β) **Miejscową srebrzycą** (*Locale Gewerbeargyrie*) nazywa prof. A. Lewin w Berlinie chorobę pojawiającą się u robotników obrabiających po warsztatach srebro. Zwykle pojawiają się u nich na palcach i dłoni plamy niebieskie. Wycięty maleńki kawałek skóry badany chemicznie i pod mikroskopem zdradzał obecność srebra. Plamy te pojawiają się szczególnie u robotników zajętych grawirowaniem i wyciskaniem, w ogóle delikatniejszemi robotami. Autor przypuszcza, że robotnicy przy swéj pracy łatwo się zakłówają, przyczém przez skaleczoną skórę bardzo łatwo mogą się cząstki srebra przedostawać, poczém rozkładają się w warstwach skórnych. (*Allg. medic. Central Ztg.*)

○ Parson: **O dezinfekcyi.** Po licznych doświadczeniach podjętych z polecenia władzy, przychodzi P. do takich wniosków: przedmioty, które nie ucierpią przy podobném postępowaniu najlepiéj odrazić przez zanurzenie we wrzącéj wodzie na parę minut. Do odrażenia przedmiotów zakażonych, które nie znoszą podobnego postępowania, najlepiéj użyć pary pod wysokiém ciśnieniem, przyczém baczyć należy, aby para przenikła wszystkie części przedmiotu. W nielicznych przypadkach, gdzieby i para uszkodziła przedmioty, sprawia suche gorąco 115°C. pożądane zniszczenie przyrzutów, jeżeli działa dostatecznie długo. (*Sanit. Record* 1886, VII).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IIgie zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dnia 23 Stycznia 1866.

Przewodniczący kol. Merunowicz. Członków obecnych 15.

1) Kol. Sztembarth okazuje guz stały (*sarcoma*) jajnika wyłuszczony przed 4ma dniami na oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala. Chora po owaryjotomii ma się dotąd stosunkowo bardzo dobrze, pomimo, że przed operacyją stan jéj był bardzo niepomyślny: była bowiem wycieńczoną, niedokrewną, miała znaczne obrzęki odnóg dolnych i ogólną puchlinę. Apetytu nie miała prawie żadnego; teraz nie gorączkuje wcale, odżywiać się może należycie, i z tego powodu rokowanie dla choréj jest teraz dobre.

2) Kol. Sztembarth przedstawia chorą po laparotomii dokonanéj przed 5ma miesiącami także na oddziale chirurg. tutejszego szpitala. Chora była również bardzo wycieńczona niedokrewna, miała obrzęk odnóg dolnych, puchlinę brzuszną itp. z powodu guza wśród jamy brzusznéj. Zrobiono laparotomiję i torbiel pozrastany z trzewami oddzielono od tychże i wyjęto, a jamę wytamponowano gazą jodoformową. Gojenie poszło dobrze, poczém chora poczęła się odżywiać i teraz, jak widać, jest już rumiana, dobrze odżywiona i ma się w ogóle bardzo dobrze.

3) Nastąpił dalszy ciąg dyskusyi nad sposobem zapobiegawczym leczenia wścieklizny po ukąszeniu, przez Pasteura podanym.

W dyskusyi zabierali głos oprócz kol. Seifmana jeszcze następujący koledzy: Kadyj, Kretowicz, Kubicki, Lech, Pisek, Szpilman i Wiktor.

4) Nastąpił odczyt kol. Szpilmana: „O wyleganiu się wścieklizny“. (Dyskusyja nad metodą Pasteura i odczyt kol. Szpilmana zostaną zamieszczone w „*Przeglądzie Weterynarskim*“). *Dr. Wiktor.*

VI. Billrotha Aforyzmy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Tak więc stosunki obecne w Wydziale lek. wiedeńskim urągają wszelkim wymogom pedagogicznym; trzeba pozbyć się wszelkich mrzonek i wszelkiéj pychy, a obowiązkiem państwa staje się wziąść inicyjatywę w usunięciu złego i uczynić to powinno dla społeczeństwa i dla obywateli, którzy wysyłają synów swoich na uniwersytet w dobréj wierze, że się tam czegoś nauczą. Utyskiwanie, że uniwer-

sytot cesarstwa zdegraduje się na wszechnicę dolnoaustryjacką, jest czczym frazesem, jeżeli się bowiem pokazuje, że napływ uczniów pochodzi głównie od zagranicy, to obowiązkiem jest Rządu, uwolnić Przedlitawiję od tego napływu, bo stroić się dla miłéj gościnności, tworzyć i utrzymywać dużym nakładem nowe zakłady lekarskie, — byłoby połączone z niesprawiedliwém obciążeniem płacących podatki. Widzieliśmy, jak wielką jest liczba Węgrów, uczęszczających na Wydział lek. wiedeński; rzeczą byłoby Rządu węgierskiego nawrócić ten prąd odśrodkowy, nienarodowy, gdyby tylko tym lekarzom pozwolił praktykować w kraju, którzy złożyli egzaminy w jednym z uniwersytetów węgierskich, lub przynajmniéj przez 3 lata w kraju się uczyli. A ponieważ Rząd węgierski nic nie robi, wypada, aby Rząd nasz przypuszczał do rygorozów tylko tych kandydatów, którzy złożyli egzamin dojrzałości w jednêm z gimnazyjów przedlitawskich, już dla tego, że wymogi w gimnazyjach węgierskich są daleko mniejsze, aniżeli u nas. Gdyby zaś środek ten nie dał się przeprowadzić, wtedy nie pozostaje nic j a k u s t a n o w i e n i e *Numerus clausus*.

Już przed 11ty liczbę 125 uczniów uznał B. za idealną dla Wydziału lek.; cyfra ta idealna istnieje w Szwajcaryi średnio w 4 uniwersytetach (w Bazylei, Bernie, Zurychu i Genewie), jest ona o mało wyższą w 20 uniwersytetach niemieckich; to téż stosunki tam są wyborne a skutki świetne. Ale w Niemczech nader rzadko się zdarza, aby uczeń na jednym i tym samym uniwersytecie rozpoczął i kończył nauki; przechodzi on z jednego na drugi, trzeci itd., a tylko biedniejsi pozostają w jednêm miejscu. Takich zaś biednych studentów medycyny, jak u nas, nie ma wcale w Niemczech i w Szwajcaryi; „kto jest biednym i do niczego innego nie nadaje się, jak do nauki, zostaje teologiem lub filologiem"; prawnicy i medycy uchodzą za arystokratów pomiędzy studentami, a dobrobyt ich jest silną podstawą powagi i znaczenia stanu urzędniczego i lekarskiego. — Autor przemawia za utworzeniem dwóch nowych Wydziałów niemieckich w C z e r n i o w c a c h i B e r n i e morawskiém, ale Wydziałów dobrze wyposażonych; 1½—2 milijonów i dotacyja roczna ½ milijona potrzeba dla każdego Wydziału; jak dawniéj, tak i teraz nie widzi wcale konieczności, aby istniały uniwersytety kompletne, wypada już raz i w téj mierze skruszyć pęta cechowe i tworzyć szkoły specyjalne. Z tego samego powodu oświadcza się ponownie za przywróceniem akademii Józefińskiéj we Wiedniu.

Prawda, że w takim razie wpływ na Wydział wiedeński pod względem zmniejszenia się liczby uczniów okazałby się dopiero po dziesiątkach lat, ale zachodzi pytanie, jakim sposobem można jak najprędzéj zaradzić przeciążeniu Wydziału wiedeńskiego bez szkody dla uczniów? Otóż większość profesorów, broniąc charakteru międzynarodowego Wszechnicy, żąda, aby kosztem płacących podatki pomnożono liczbę zakładów, zwłaszcza klinik, aby umożebnić uczniom wszechnarodowości bez żadnego ograniczenia wolności uczenia się uczęszczanie na Wydział lekarski. Porzucając ową idealną cyfrę 125 i biorąc za średnią cyfrę liczbę 500 uczniów, a z tych cyfrę 200 uczęszczających do klinik, to na podstawie obecnéj liczby 2.600—2.700 uczniów, wypadałoby urządzić 5 klinik dla każdego przedmiotu. Przypuściwszy nawet, że cały szpital powszechny oddany zostanie na cele naukowe, to i wtedy niemożebną byłoby rzeczą umieścić wszystkie owe kliniki w tym szpitalu. A jakże się zgadza wolność uczenia się z takiém urządzeniem. Przypuśćmy, że jedne z tych 5 klinik będą przepełnione, a drugie puste, więc kwestura musiałaby porozdzielać uczniów pomiędzy kliniki, częstokroć pomimo ich woli,—a jeżeli liczba uczniów w ogóle się zmniejszy, więc kosztownie urządzone kliniki okażą się zanadto drogiemi, i to istniejącemi przeważnie dla zagranicznych kosztem obywateli przedlitawskich. W każdym razie urządzenie to pociąga za sobą nie tylko zasadę ograniczenia uczniów ale i ścieśnienie uczniom prawa wyboru nauczycieli.

Jest inny sposób zaradzenia złemu: ograniczenie liczby uczniów do 1000 (645 krajowców i 355 zagranicznych), wpisy raz na rok w jesieni, przez pierwszych 10 dni wpisuje się tylko krajowców, późniéj dopiero zagranicznych, o ile miejsca starczy, w razie nieprzyjęcia Węgrzy mogliby jeszcze zapisać się na inne Wydziały lekarskie w Przedlitawii. Najpraktyczniejszym i najmniéj gwałtownym środkiem zdaniem autora byłoby, a b y p r z y p u s z c z a n o d o r y g o r o z ó w w e W i e d n i u t y l k o t a k i c h k a n d y d a t ó w, k t ó r z y z ł o ż y l i e g z a m i n d o j r z a ł o ś c i n a j e d n ê m z g i m n a z y j ó w a u s t r y j a c k i c h.

Osobny rozdział poświęca „gronu nauczycielskiemu i zakładom" we Wiedniu. Znane są w téj mierze zapatrywania Billrotha, być może że słuszne ze względu na stosunki wiedeńskie. Grono nauczycielskie w Wydziale lek. składa się tam obecnie z 118 osób (19 proff. zwyczajnych, 44 nadzwyczajnych, 65 docentów), do Wydziału lekarskiego prócz 19 proff. zwyczajnych wchodzi 9 proff. nadzwyczajnych, 2 docentów, a dziwnym sposobem i dyrektor szkoły akuszerek, razem 31 osób, a co ważniejsza skład zależy od przypadku, tak że jedne przedmioty są reprezentowane przez kilku członków, a inne ważniejsze mogą mieć mniéj reprezentantów; głosowania są podobne do gry w kostki, tajemnica urzędowa nie zachowuje się itd.; dlatego oświadcza się za têm, że w skład Wydziału wchodzić powinni tylko proff. zwyczajni. Po uszczypliwych uwagach nad sposobem mianowania docentów proff. nadzwyczajnymi i dążeniami docentów żąda, aby ściśle kontrolowano, czy docent odbywa wykłady itd. Pod względem zakładów uważa za koniecznie potrzebną budowę wielkiego zakładu fizycznego, zakładów dla fizyjologii i higijeny oraz przebudowanie kilku klinik.

W końcu zastanawia się B. nad „niedostatecznêm wykształceniem lekarzy i braku lekarzy na prowincyi". Lekarza, który bezpośrednio po uzyskaniu stopnia doktora we Wiedniu wprost zabiera się do praktyki prywatnéj, nie odbywszy poprzednio służby szpitalnéj, porównywa do człowieka, który wprawdzie widział pływających i ich ruchy, a który nagle sam zmuszony jest pływać; przebywa on straszne czasy z obawy, aby nie utonął, niejeden rzeczywiście tonie i innych porywa za sobą. Już w przedmowie do dzieła swego o patologii i terapii chirurgicznéj odezwał się był do młodzieży w pamiętne słowa: „Wielka to zaleta małych uni„wersytetów, że profesor każdego ucznia zna doskonale, i „wie, ile ufać może zdolności każdego. W klinikach wię„kszych jest to niemożebnêm. Unikajcie przeto wielkich uni„wersytetów w początkach studyjów swych klinicznych!" Głos jego atoli przebrzmiewa, a „pożałowania godny „zwyczaj rozpoczęcia rygorozów jeszcze przed ukończe„niem pięciolecia zmusza uczniów do pozostania w jednym „uniwersytecie. Zdawałoby się, że się boją, że coś z fizyki, „chemii, anatomii i fizyjologii zachowają w pamięci, gdy „rozpoczną studyja praktyczne; możnaby prawie sądzić, że „nie ufają pojętności swego mózgu". Autor przeciwnie jest zdania, że rygoroza są za łatwe, że uczniowie, mając za dużo

wolnego czasu, są nienasyceni w próżnowaniu. Wina to nie tylko uczniów, ale i ich rodziców, a w Austryi nadto medycy pochodzą najczęściéj z rodzin niezamożnych, które o wychowanie nie wiele dbać mogą. Nieporadności lekarza początkującego zaradzić mogłaby poprzednia, przynajmniéj półroczna obowiązkowa służba szpitalna. (Dok. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi we wrześniu r. 1886.

Na tyfus brzuszny leczono w 16 powiatach i w mieście Krakowie 431 chorych, zatém o 150 więcéj niż w sierpniu b. r. Z leczonych we wrześniu 431 chorych wyzdrowiało 238 czyli 55·2%, umarło 43 czyli 10%, pozostało w leczeniu 150. Śmiertelność z tyfusu w poprzednich pięciu miesiącach nie była wyższą niż 6·5%, dochodziła zaś do 2·5%, we wrześniu dosięgła cyfry 10%.

Tyfus plamisty stwierdzono w 4ch miejscowościach czterech rozmaitych powiatów; leczono ogólem 62 chorych, z tych wyzdrowiało 43 czyli 69·3%, umarło 5 czyli 8%, pozostało w leczeniu 14 czyli 22·7%, a z tych 13 w jednéj tylko gminie powiatu rudeckiego.

Epidemija szkarlatyny, która od marca b. r. w rozmaitych powiatach z małém nasileniem pojawiała się, nagle we wrześniu rozszerzyła się tak, iż stwierdzono ją w 22 powiatach a w 32 gminach, w 17 powiatach tylko jedna gmina jest nawiedzona płonicą, zachodzi więc obawa, iż epidemija ta mając tyle ognisk szybko rozszerzy się w kraju. Ogółem leczono we wrześniu 861 chorych (w sierpniu 437), z tych wyzdrowiało 531 czyli czyli 61·6%, umarło 154 czyli 17·8% (w sierpniu taka sama śmiertelność), pozostało w leczeniu 176 chorych czyli 20·6%. Najgroźniéjszym był przebieg szkarlatyny w powiecie mościskim, gdzie w 3 gminach z 123 chorych umarło 37 czyli 30%, mniéj groźnym w pow. tarnopolskim, gdzie w czterech gminach z 67 chorych umarło 14 osób.

Dyfteryja jak zwykle pod jesień groźniéj występuje, stwierdzono ją w 10 powiatach i w mieście Krakowie, razem w 17 miejscowościach u 172 osób, z tych wyzdrowiało 63 czyli 36·6%, umarło 52 czyli 30·2%.

Odra była w sierpniu bliską zupełnego wygaśnięcia, we wrześniu rozszerzyła się znowu i jest uzasadniona obawa, iż coraz groźniéj szerzyć się będzie. Stwierdzono ją w 12 powiatach w 23 miejscowościach u 1466 osób (w sierpniu tylko 908), z tych wyzdrowiało 980 czyli 66·8%, umarło 75 czyli 5·1%, pozostało w leczeniu 411 chorych.

Koklusz panował w 12 powiatach w 18 gminach u 919 chorych, z tych wyzdrowiało 587 czyli 63·8%, umarło 79 czyli 8·5%, pozostało w leczeniu 253 czyli 27·7%.

Czerwonka jeszcze i we wrześniu wzmagała się, gdyż panowała w 127 gminach w 47 powiatach; chorych było 3895 (w sierpniu 3090). W roku 1885 była dysenteryja więcéj rozszerzoną, gdyż w sierpniu tegoż roku było chorych 6988, we wrześniu zaś 4463, natomiast śmiertelność z téj choroby jest większą w roku bieżącym. Najwięcéj była czerwonka rozszerzoną w powiecie gorlickim, gdyż w 16 gminach stwierdzono we wrześniu 622 chorych. Z ogólnéj cyfry leczonych na dysenteryję chorych 3895 wyzdrowiało 2315 czyli 59·9%, umarło 414 czyli 10·6%, pozostało w leczeniu 1164 chorych czyli 29·5.

Ospę stwierdzono tylko w pięciu gminach pięciu różnych powiatów. Z 46 leczonych chorych wyzdrowiało 13 (28·2%) szczepionych, a 10 (21·7%) nieszczepionych; umarło 7 (15·2%) szczepionych a 12 (25·2%) nieszczepionych; pozostało 4 chorych w jednéj gminie pow. drohobyckiego w Borysławiu.

Lwów d. 10 października 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

* **Cholera** zmniejsza się ciągle w Budapeszcie, natomiast utrzymuje się w Szegedynie i Lublanie.

○ **Wścieklizna**. Na Zjeździe francuskiego Stowarzyszenia do popierania rozwoju nauk, który się właśnie odbył w Nancy, Du Mesnil przedłożył badania statystyczne, jakie czynił za wskazówką Pasteura co do czasu, jak długo trwa okres wylęgania i śmiertelność na wściekliznę po ugryzieniu przez wilki. Zebrał 342 przypadków opisanych przez różnych autorów nie licząc 395, na których Vallet czynił obliczenia co do śmiertelności pośród pokąsanymi przez wilki. Z badań wzmiankowanych wynika: 1) że wścieklizna po ukąszeniu przez psa pojawia się w 40—50 dni, gdy w 20—30 dni po ukąszeniu przez wilka, 2) śmiertelność po ukąszeniu przez wilki nawet po wypaleniu wynosi 62·27%. Metodą Pasteura leczono już 50 pogryzionych przez wilki i to nieraz w stosunkach bardzo nieprzyjaznych, a z liczby téj zaledwie 8 zmarło na wściekliznę, śmiertelność zatém równa się 16%. (*Revue d'hyg. et de pol. san.*, 1885, wrzesień).

(β.) W Berlinie zapadł wyrok Sądu, mocą którego skazano pewnego lekarza za lekkomyślnie podjętą operacyję połączoną ze śmiercią dotyczącéj osoby, na 2 miesiące więzienia. Żona piekarza poroniła, skutkiem czego wystąpił krwotok maciczny. Przywołany lekarz, poddawszy chorą narkozie, wyłyżeczkował ostrém narzędziem macicę celem uśmierzenia krwotoku a następnie zastrzyknął chlorku żelazowego. Wkrótce wystąpiło zapalenie otrzewny i śmierć. Przy sekcyi znaleziono w macicy w 3ch miejscach otwory, któremi chlorek żelazowy dostał się do jamy brzusznéj. Na podstawie tego orzeczono, że lekarz wywołał śmierć pacyjentki. Orzeczenie zarzucało obwinionemu nieprzezorność i nieznajomość techniki przy operacyi, do któréj nie zawezwał nikogo prócz akuszerki. Jakkolwiek obwiniony bronił się, twierdząc, że z całą precyzyją i znajomością rzeczy stósował wszystko, co podaje sztuka lekarska, i że nawet najdoświadczeńszy lekarz nie jest w stanie przewidzieć w danym przypadku stanu rzeczy ani usunąć czasem nieszczęśliwego zbiegu okoliczności, pomimo opinii zaproszonych fachowych powag, Limana, Gusserowa, Ewalda i innych jako znawców, skłaniających się do pewnego stopnia ku wywodom broniącego się, wyrok zapadł na jego niekorzyść.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 września do 2 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26·8. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z dławca 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z czerwonki 2 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy i 1 przypadku duru osutkowego. W tygodniu od 19—25 września umarło z ospy: w Warszawie 5, w Pradze 1, w Wiedniu 1, w Budapeszcie 35, w Paryżu i Petersburgu po 2. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 9, w Paryżu 16, w Petersburgu 7. Z odry umarło: w Paryżu 14. Z płonicy umarło: w Berlinie 10, w Gdańsku 6, w Kolonii 6, w Budapeszcie 12, w Petersburgu 15, w Odesie 11. Z błonicy i dławca umarło: w Wiedniu 11, w Berlinie 44, w Dreźnie 12, w Hamburgu 14, w Paryżu 13, w Chrystyjanii 15, w Petersburgu 11, w Warszawie 12. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,5; we Lwowie 40,1; w Brodach 50,9; w Drohobyczu 49,5; w Kołomyi 34,7; w Przemyślu 58,8; w Stanisławowie 33,1; w Tarnowie 34,7; w Czerniowcach 26,5; w Warszawie 28,7; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 22,9; w Salcburgu 32,3; w Gracu 15,6; w Tryjeście 48,6; w Insbruku 7,1; w Pradze 33,8; w Bernie 34,7; w Ołomuńcu 30,7; w Opawie 33,2; w Budapeszcie 34,4; w Berlinie 32,3; we Wrocławiu 23,6; w Gdańsku 34,4; w Dreźnie 28,4; w Hamburgu 32,3; w Kolonii 32,6; w Lipsku 27,5; w Mnichowie 40,0; w Strasburgu 36,6; w Amsterdamie 23,4; w Bazylei 19,1; w Brukseli 30,6; w Genewie 15,9; w Kopenhadze 36,5; w Londynie 16,0; w Odesie 39,5; w Paryżu 20,2; w Petersburgu 24,3; w Rzymie 24,0; w Stokholmie 22,7; w Wenecyi 21,8; w Zurychu 13,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 października. Liczba uczniów uniwersytetu naszego wzmaga się ciągle; dotąd zapisało się 1100 uczniów, a więc o 80 więcéj niż w roku przeszłym.

* **Wiedeń**. D. 11 bm. według zapowiedzianego programu otwarty został nowy zakład anatomii opisowéj w obecności p. Ministra Oświecenia, który przemówił do zgromadzonych, rektora i senatu akademickiego, proff. anatomii i uczniów. Zakład ten wybudowany został nakładem ½ milijona złot. a. i składa się z 2ch

symetrycznych części, odpowiednio do dwóch katedr anatomii. Wszystkie 4 sale sekcyjne mają światło elektryczne, każda w sile 3000 świec, sale wykładowe zaś w sile 2000. Marmur, woda i światło — aż do zbytku: samo urządzenie wewnętrzne kosztowało 70.000 zła., a budowa nie trwała nad 15 miesięcy. A Wiedeń jeszcze się uskarża!

W pierwszych dniach bm. odbył się tu pierwszy Zjazd weterynarzy austryjackich, na którym Dr. Szpilman ze Lwowa miał rzecz o postępowaniu Pasteura w obec wścieklizny a następnie obszerniejszy wykład o studyjach weterynarskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Dr. Habermann potwierdzony został jako docent otyjatryi w Wydziale niemieckim. — **Graz.** Dr. Czermak habilitował się jako docent okulistyki.

* **Nekrologija.** W Lublinie umarł jeden z najbardziéj poważanych praktyków, Dr. Adam Walery Jentys; ukończył gimnazyjum w Kielcach, uniwersytet w Warszawie; w r. 1863 niósł pomoc na polu walki, gdzie mu ojca zabili; od r. 1866 był lekarzem gimnazyjum w Chełmie, od r. 1869 osiadł w Lublinie, zrazu jako wolno praktykujący, a późniéj mianowany lekarzem powiatu lubelskiego. Pracował przeważnie w chirurgii, był członkiem gorliwym Tow. lek. lubelskich oraz członkiem Tow. lek. kaukazkich. Przed rokiem ożenił się, umarł w sile wieku z cukrzycy, żałowany przez chorych, którym nigdy pomocy nie odmawiał i kolegów, z których Dr. Józef Talko poświęca w *Medycynie* serdeczne i rzewne słowa uznaniu pamięci zmarłego.

W Krakowie umarł 9 bm. Dr. Ezechiel Holzapfel w 43 roku życia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Krysińskiego: Przyczynek do nauki o argyryi; Matlakowskiego: 36 przypadków przetok moczowych (c. d.); Zabłudowskiego: Przyczynki do leczenia za pomocą mięsienia (dok.). — W *Medycynie* Nr. 41: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu Dujardin-Beaumetza: O pożywieniu niedostateczném i higijenie żywienia w otyłości (c. d.).

Szanownych Panów kolegów, którzy życzą sobie, aby sprawozdania z prac ich naukowych, oryginalnych, ogłoszonych w języku polskim w ciągu roku 1886, umieszczonemi były w Rocznikach medycyny Virchowa i Hirscha, wychodzących w Berlinie, upraszam najuprzejmiéj o przesłanie po jednym egzemplarzu odbitki z każdéj pracy naukowéj do końca grudnia rb. pod moim adresem: Kraków, ulica Szczepańska, Nr. 1. *Dr. Leon Kopff.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 b. m. o godzinie 6téj w sali **medycyny sądowéj** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Bossowski poda wyniki badania wydzieliny z ran pooperacyjnych pod względem bakteryjologicznym (z pracowni chirurg. prof. Mikulicza).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 23 października 1886. № 43. Rok XXV.

I. Z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera.

W sprawie chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynu wodnego przez skórę.

Skreślił
Dr. Leon Kopff,
asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Nie ma narządu w ustroju ludzkim, któryby miał za zadanie spełniać tyle rozlicznych czynności fizyjologicznych, co skóra. Narząd ten obszerny okrywa wszystkie części ciała, chroniąc je od wszelkich zewnętrznych wpływów szkodliwych, czyto przyrody mechanicznéj, czyto termicznéj; jest siedliskiem zmysłu czucia i dotyku; spełnia w wysokim stopniu zadanie regulatora ciepłoty ciała; wydzielając z ustroju gazy spełnia do pewnego stopnia czynność oddychania; wreszcie wydalając wodę i sole, a w pewnych przypadkach nawet ciała powstałe z rozkładu tkanek i istot białkowatych, których pozostanie w ustroju jest przyczyną różnych zboczeń, obejmuje część pracy powierzonéj nerkom, spełnia więc i czynność narządu wydalającego.

Istnienia jednéj jednak własności skóry dotąd badacze nie rozstrzygnęli. Pytanie, czy skóra posiada także i własność chłonienia, roztrząsane już prawie od wieku całego, przedstawia się, przynajmniéj co do ciał płynnych zawsze jeszcze jako zagadka nierozwiązana, a to pomimo prac tak licznych, że z nich samych możnaby utworzyć pokaźny księgozbiór. Niestety jednak w żadnéj może kwestyi naukowéj nie ma tyle prac tak sprzecznych, do tak wprost przeciwnych wyników dochodzących, jak w sprawie chłonienia przez skórę. A pytanie to przecież jest nieposledniéj wagi. Obok znaczenia czysto teoretycznego dla fizyjologii, jest ono niepomiernéj wartości ze stanowiska praktycznego dla całéj terapii, dla higijeny i balneologii.

Stosowanie różnorodnych leków przez skórę, czyto w postaci maści, czy pędzelkowań, czy wcierań, nacierań lub téż okładów i kąpieli zyskało sobie takie w lecznictwie prawo obywatelstwa, uświęconego tradycyją długich wieków, że z pewnością mało komu z lekarzy, nawet gorliwym wyznawcom nowoczesnego racyjonalizmu w medycynie, nasuwa się pytanie w chwili, gdy poleca użycie środków mających działać przez skórę, czy też zastosowanie téj metody leczniczéj znajduje jakiekolwiek uzasadnienie w doświadczeniach i czy istotnie cel leczenia przez użycie czyto maści, czy pędzelkowań, okładów, kąpieli itd. w obec krytyki umiejętności ścisléj osiągniętym być może?

Również i dla higijeny pytanie to jest ważném. Na ileż to bowiem szkodliwych wpływów naraża człowiek zdrowie swoje, czyto zmuszony rzemiosłem poddawać skórę swoją działaniu trujących gazów lub też pracujący w płynach, zawierających w rozpuszczeniu trujące ciała? A i tutaj higijena, szczególniéj wobec drugiego pytania stoi przed nierozwiązaną zagadką i nie może wydać ścisłego, na doświadczeniu opartego orzeczenia.

Wreszcie pytanie, czy skóra posiada własność chłonienia ciał w wodzie rozpuszczonych, zdawało się przed niedawnym czasem jeszcze być fundamentalném dla balneologii. Zdawało się, że przeczące rozstrzygnienie tego ważnego pytania usunie z pod nóg balneoterapii wszelką racyjonalną podstawę, a tym sposobem i balneologii, téj młodéj latorośli umiejętności lekarskich odbierze wszelką cechę naukową i zesunie ją do praktyk lekarskich, ściśle tylko na wierze i niepewnéj empiryi opartych.

Odkładając sobie na inny raz, przy innéj sposobności, obszerniejsze omówienie téj tak ważnéj, a w ostatnich latach prawie zupełnie odłogiem leżącéj sprawy, zamierzam tutaj podać tylko wyniki doświadczeń, które przedsiębrałem celem rozstrzygnienia pytania, czy sole rtęciowe, a w szczególności chlorek rtęciowy w rozczynie wodnym, przechodzi przez nietkniętą skórę lub nie? Zbadanie tego pytania wydało mi się z następujących względów ważném. W leczeniu kiły wprowadzanie rtęci przez skórę za pomocą kąpieli sublimatowych

już od dawna obok innych metod jest w użyciu. Stosuje się je zwykle u dzieci w pierwszych latach życia, gdy skóra delikatna, ustrój słaby nie zniósłby zbyt energicznie działających wcierań szaruchy lub też wstrzykiwań podskórnych połączeń rtęciowych, a zachodzi przytém i obawa, że i we wnętrznie podane przetwory rtęci mogłyby przez zadrażnienie mocne przewodu pokarmowego nazbyt podkopać odżywienie, na dobrém utrzymaniu którego tak dużo nam w tym wieku zależy. Praktyka lekarska tymczasem nie czekając, aby ścisłe naukowe doświadczenia odpowiedziały na pytanie, czy rtęć przechodzi przez skórę lub nie, stwierdziła, że kąpiele sublimatowe, tak dobrze jak i inne metody, usuwają w tym wieku zmiany kiły świeżéj, a mają przytém i tę zaletę, że prawie zupełnie nie podkopują odżywienia i sił chorego.

Rozczyn sublimatu zyskuje jużto ze względu silnych własności przeciwgnilnych, jużto z powodu swéj taniości, wygody w przyrządzaniu i bezwonności coraz większe zastosowanie w chirurgii i położnictwie. W ostatnich jednak latach coraz częściéj zdarza się słyszeć głosy, czy też używanie tak trującego środka uchodzić może lekarzom bezkarnie ze względu na ich zdrowie. Niektórzy autorowie przypisują wessaniu sublimatu przez skórę rąk cały szereg objawów chorobowych, mających powstawać u lekarzy używających stale do opatrunku rozczynów chlorku rtęciowego. Inni znów śmieją się z wszelkiego niebezpieczeństwa i wprost przeczą możliwości wessania z rozczynów wodnych sublimatu przez skórę. Mimo jednak téj wielkiéj wagi, jaką kwestyja ta posiada w higijenie samych lekarzy, nie udało mi się znaleźć pracy nowszéj, którąby się nią zajmowała ze stanowiska doświadczalnego. Obok tych dwóch ważnych zastósowań sublimatu w medycynie nie podnoszę już, że kwestyja chłonienia rozczynów wodnych chlorku rtęciowego przez skórę ma ważne znaczenie także w higijenie różnych rękodzieł.

Tymczasem literatura w kwestyi przechodzenia sublimatu przez skórę jest wcale ubogą. W literaturze mnie dostępnéj napotkałem tylko małą liczbę prac, a i te stoją w sprzeczności ze sobą. Z jednéj strony Séguin, Laurés i kilku innych zaprzeczają wszelkiéj resorpcyi sublimatu przez skórę z rozczynu wodnego, z drugiéj znów Wedekind, Bonfil. Waller i inni twierdzą, że wodny rozczyn chlorku rtęciowego bardzo łatwo przechodzi skórę i dostaje się do obiegu krwi. Podczas gdy Laurés podaje, że można śmiało całemi godzinami siedzieć w kąpieli zawierającéj 20 do 60grm. sublimatu bez obawy, aby się choć cząstka téj trucizny w obieg krwi dostala, Clémens podaje, że sublimat z kąpieli wodnéj do 28°R. ogrzanéj, już w 5—7 minut dostaje się w obieg krwi. Jeżeli jednak nieco krytycznie rozbieramy prace autorów zarówno przeciwników jak i zwolenników przechodzenia sublimatu przez skórę, to przyjdziemy do przekonania, że tak jedni jak i drudzy oparli swoje twierdzenie na wcale niepewnych podstawach. Laurés i jego zwolennicy podają, że nawet po kilkogodzinnéj kąpieli sublimatowéj nie doznawali ślinotoku, *ergo* chlorek rtęciowy nie przechodzi przez skórę. Czyż jednak nauka ma prawo poprzestawać na tak grubém doświadczeniu i na takim dowodzie? Wiadomą przecież każdemu lekarzowi jest rzeczą, jak dużych czasem potrzeba dawek rtęci, aby sprowadzić ślinotok. Również doświadczenia Clémensa nie są w zupełności przekonywającemi. Autor ten stosował kąpiele sublimatowe, poczém obsuszywszy i obmywszy wodą czystą dokładnie skórę, podawał zaraz drugą kąpiel z wody przekroplonéj. W wodzie téj drugiéj wykazywał teraz za pomocą chlorku cynawego obecność rtęci w znaczniejszych ilościach. Autor widocznie tutaj zapomniał, że nasiąkanie, *imbibitio*, a chłonienie, *resorptio*, są dwie różne własności. Doświadczenia więc Clémensa udowadniają tylko, że skóra bardzo łatwo nasiąka rozczynem wodnym sublimatu, nie udowadniają zaś wcale jeszcze chłonienia. Z najnowszych prac w tym kierunku przytoczę jeszcze pracę Botta, podjętą głównie w celu wykazania nieszkodliwości roztworów sublimatu używanych w chirurgii. Autor twierdzi, że nietylko przez skórę, ale nawet przez powierzchnie granulacyjne sublimat nie dostaje się do obiegu krwi. Widocznie tutaj autor za daleko posunął się w swojéj negacyi. Ważność sprawy chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynów wodnych z jednéj strony, a brak właściwie prac ściśle doświadczalnych, któreby rozstrzygały tę kwestyję, z drugiéj strony, skłoniły mnie więc do poruszenia jéj na nowo. W niniejszéj pracy podać zamierzam zatém doświadczenia, które wykonałem w celu rozświecenia pytania, czy i o ile chlorek rtęciowy jest w stanie z rozczynów wodnych przejść przez skórę nietkniętą, czyli innemi słowy, czy i w jakim stopniu skóra fizyjologiczna posiada własność chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynu wodnego?

Aby doświadczenia wykonane były na skórze o ile możności w warunkach zupełnie fizyjologicznych, baczną zwracałem uwagę na to, aby część skóry, poddana doświadczeniu, nie była pozbawioną przyskórka. Na podstawie bowiem doświadczeń, nieulegających wątpliwości, przekonano się, że skóra właściwa, pozbawiona przyskórka, zachowuje się pod względem chłonienia podobnie jak błona śluzowa.

Mocz z 24 godzin po doświadczeniu w czyste, szklane naczynie zebrany, poddawałem badaniu chemicznemu, postępując przytém w sposób następujący. Całą ilość moczu do badania przeznaczoną odparowywałem na łaźni wodnéj do gęstości syropu. Następnie poddawałem zniszczeniu części organiczne moczu za pomocą chloranu potasowego i kwasu chlorowodowego. Pozostałość po zniszczeniu części organicznych wodą odpowiednio rozcieńczono i przesączono. Przesącz odparowywano do suchości w celu wypędzenia chloru, rozpuszczano następnie w małéj ilości wody, zakwaszano w miarę potrzeby kwasem chlorowodowym i wprowadzono do niego przez 24 godzin gaz kwasu siarkowodowego. Po strąceniu osadu i odstaniu przesączono, sączek wraz z osadem rozpuszczono w wodzie królewskiéj, poczém przesączano, odparowywano na łaźni wodnéj do suchości dla wypędzenia kwasu azotowego, rozpuszczono w małéj ilości wody a w razie kwaśnego oddziaływania zobojętniano jeszcze amonijakiem dla związania nadmiaru chloru i kwasu azotowego, następnie zakwaszano słabo kwasem chlorowodowym. Rozczyn tak przygotowany dawano do naczynia wysokiego a wąskiego i zanurzano w nim blaszkę z czystéj metalicznéj miedzi o powierzchni dokładnie wygładzonéj i czystéj. Blaszkę tę pozostawiano przez 24 godzin, poczém wyjmowano ją, opłukiwano wodą przekroploną, obsuszano dokładnie między czystemi bibułami, dopóki na bibule pozostawało zabarwienie szarawe. Już teraz, w razie obecności znaczniejszéj ilości rtęci w moczu badanym, widocznym był na metalicznéj powierzchni miedzi mniéj lub więcéj wybitny nalot szarawy. Dla dokładniejszego jednak przekonania się o obecności rtęci i dla uzyskania możności, aby choć w przybliżeniu można ocenić jéj ilość, postępowano daléj w sposób następujący. Blaszkę miedzianą dawano do grubéj szklanéj rurki o szerokim kalibrze, na jednym końcu zatopionéj okrągło, na drugim zaś

zatkanéj korkiem odpowiednio przysposobionym i zastósowanym, na którego wewnętrznéj powierzchni umieszczano blaszkę szczero złotą na $2\frac{1}{2}$ mm. grubą. Za pomocą ostrożnego a mocnego ogrzania przeprowadzano teraz pokład szarawy z blaszki miedzianéj na blaszkę złotą, która w razie obecności rtęci pokrywała się charakterystycznym, szarawo-białym metalicznym wniosem. Po ostygnięciu rurki blaszkę złotą zdejmowano z korka i dawano ją do rurki, używanéj zazwyczaj do spaleń elementarnych, na jednym końcu włoskowato wyciągniętéj. W koniec rurki włoskowatéj wprowadzano za pomocą włosa szklanego maleńki kawałeczek chemicznie czystego jodu. Następnie ogrzewano zwolna rurkę nad płomieniem gazowym od strony, w któréj znajdowała się blaszka złota, przez co rtęć się ulatniała i przechodziła przy dalszém ogrzaniu w część węższą rurki. Przez zetknięcie się pary rtęci z parą jodu wytwarzał się jodek rtęciowy (HgJ_2), który w charakterystycznych, barwą szkarłatną odznaczających się kryształkach, osiadał w postaci mniéj lub więcéj wyraźnego pierścienia na zimniejszych ścianach rurki włoskowatéj.

Postępowanie nasze oparte na metodach Schneidera, Schriddego i B. Lehmanna wymaga trochę więcéj czasu i zachodu, niż najczęściéj teraz w użyciu będące, wygodne postępowanie według metod Ludwiga lub Fürbringera.

Doświadczenia jednak nasze w téj mierze przedsiębrane przekonały nas, że podczas gdy w rozczynie wodnym metodą Ludwiga lub Fürbringera można wykryć jeszcze dokładnie $\frac{5}{10}$ miligrama chlorku rtęciowego w jednym litrze wody, to w jednym litrze moczu nie udaje się częstokroć wykryć 1—$1\frac{1}{2}$ miligrama dodatku sublimatu. Zjawisko to przypisujemy obecności części organicznych, które przeszkadzają, jak się zdaje, dokładnemu strąceniu rtęci za pomocą elektrolizy. Uważaliśmy więc, że chcąc wykryć z całą dokładnością małe ilości rtęci w moczu, należy przedewszystkiém większą ilość moczu zebranego sprowadzić do małéj objętości, zniszczyć ciała organiczne, a następnie rtęć obecną przez strącenie kwasem siarkowodowym odosobnić w postaci siarczku rtęci. I istotnie też przekonaliśmy się, że postępując drogą wyżéj przez nas opisaną, nietylko, że udało nam się wykryć w jednym litrze wody dodatek $\frac{7}{10}$ do $\frac{5}{10}$ miligrama chlorku rtęciowego, ale jeszcze zyskiwaliśmy i tę pewność, że dodatni wynik próby jest niewątpliwie dowodem obecności rtęci w moczu. Tém bardziéj zaś uważaliśmy za odpowiednie użyć metody dokładniejszéj do wykrycia rtęci w naszych doświadczeniach, bo tutaj już *a priori* mogliśmy przypuszczać, że będziemy mieli do czynienia z nader małemi ilościami rtęci. (C. d. n.)

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 42).

Orzeczenie to opiewało:

Według protokołu oględzin pośmiertnych przedstawiały zwłoki Franciszki Mnichowny następujące uszkodzenia: 1) Brak części miękkich na plecach, pośladkach, na udzie lewém i części prawego, których dokładniéj obducenci nie opisali, a które według zdania obducentów powstały w skutek wyżarcia przez zwierzęta, jakotéż w skutek zgnilizny, co przy położeniu zwłok, w jakiém je znaleziono, jest zupełnie prawdopodobném. 2) Brak skóry na częściach miękkich na głowie, tak iż tylko szczątki powiek, jakotéż mały skrawek skóry nad korzeniem nosa pozostały. Brzeg skóry na szyi był ostry, gładki od cięcia przechodzący (Nr. 1 i 13 patrz oględ.). 3) Szczęka dolna po stronie prawéj złamana. 4) O ile z bardzo niedokładnego opisu zmian na szyi wnioskować można, brak tamże części miękkich i skóry, z któréj tylko „cienki skrawek skóry od szyi do brody z prawéj strony" pozostał; krtań zaś i przełyk musiały być przecięte, brzegi przecięcia gładkie (Nr. 3 prot.). 5) Ściana brzuszna jak przypuszczać można, przecięta w lewéj połowie, brzegi gładkie jakby rznięte (Nr. 4 prot.), macica w skutek ciąży powiększona, otwarta próżna, części płciowe wycięte.

Uszkodzenia pod l. 1 wymienione są niewątpliwie przypadkowe, pośmiertne, jak to już powyżéj powiedzieliśmy. Uszkodzenia pod l. 2, 4, 5 wymienione zadane zostały przez osobę trzecią narzędziem ostrém, długiém, o czém z jakości brzegów części przeciętych i miejsc wyciętych wnioskować można. Złamanie szczęki dolnéj powstało w skutek uderzenia ciałem twardém. W braku części miękkich i skóry na twarzy i głowie, których zmiany mogłyby w téj mierze dać wskazówki, nie można oznaczyć, czy złamania te powstały w skutek uderzenia obuchem czy ostrzem siekiery. Pierwsze jest jednakże prawdopodobniejszém, gdyż w czaszkę nie jeden raz zapewne denatka uderzoną została, o ile z protokółów oględzin można wnioskować a uderzenia te żadnych śladów uszkodzenia kości nie wywołały, co przy uderzeniach ostrzem siekiery łatwiejby powstało.

Co do uszkodzeń za życia, o ile według wszelkiego prawdopodobieństwa w téj mierze orzekać można, rozchodzić się może o kolejność obrażenia głowy a szyi: uszkodzenia brzucha, przecięcie macicy były niewątpliwie późniejsze, po śmierci dokonane w obec usunięcia płodu. Uderzenia te w głowę, o czém w niniejszym przypadku świadczy złamanie szczęki, mogły same przez się spowodować śmierć. Większém jednak i wiele prawdopodobniejszém jest przypuszczenie, iż uderzenia te sprowadziły stan bezprzytomności, wstrząśnienia mózgowego i dopiero przecięcie szyi i nadwerężenie naczyń krwionośnych szyjnych z następowym krwotokiem, jakotéż przecięcie tchawicy, stanowią uszkodzenie, które jako najbliższą przyczynę śmierci uważaćby należało. Stanowcze rozstrzygnięcie téj kwestyi na podstawie przedłożonych aktów w niniejszym przypadku jest niemożebném.

W miesiącu listopadzie 1882 r. Sąd zażądał od Drów Barzyckiego i Bandrowskiego w Rzeszowie opisu macicy i orzeczenia. Opis ten opiewa:

Przedłożono nam dwa preparata anatomiczne [1]).

1. Część pochwy, dolną część pęcherza, jakotéż dolną część kiszki stolcowéj wraz z zdziergaczem rzyci. Na preparacie tym widoczne są powierzchnie odcięcia gładkie na dowód, że takowe za pomocą noża się odbyło. Szczątki nie regularne, które przy tym preparacie się znajdują, pochodzą widocznie od sztucznego przez pierwszych znawców wydobycia przy użyciu obok noża także oddzierania. Nie widać na tych brzegach nigdzie zagłębień właściwych kąsaniu lub dzióbaniu.

[1]) Wycięty przez Dra Bielińskiego i chir. Meydla kawałek skóry brzusznéj zaginął gdzieś.

2. Drugi okaz przedstawia nam część macicy, mianowicie całe jéj dno, dłuższy a węższy przedni krótszy a szerszy tylny odcinek téjże. Odcinek przedni stanowi dość regularny klin kantem ostrym ku dolowi zwróconym, gdzie się kończy nieregularnym płatem o brzegach atoli gładkich. Z płatu tego po lewym brzegu powyżéj opisanego klina biegnie odcinek macicy na $^1/_4$cm. szeroki ku górze się zwężający, na 4cm. długi, o brzegach zupełnie gładkich, od góry wolno się kończący. Zaznaczamy raz jeszcze, że wszystkie brzegi są zupełnie gładkie i ostre, osobliwie zaś brzegi, które wyżéj opisany klin obejmują. Tylna ściana macicy jest gładko poprzecznie odciętą, prawdopodobnie przez pierwszych znawców. Oba preparaty pod wpływem wyskoku, w którym się znajdowały, są skurczone, zbite z dokładnie zachowaném utkaniem.

Orzeczenie. Przedłożone nam przedmioty stanowią macicę, część pochwy dolnéj, części pęcherza, jakotéż kiszki odchodowéj; noszą one na sobie ślady licznych cięć narzędziami ostremi wykonane, częścią przez znawców w celu wydobycia tych części dla dalszego użytku, częścią zaś mianowicie na powierzchni części macicy po stronie lewéj znajdują się otwory przez całą szerokość macicy z góry na dół biegnące, niewątpliwie narzędziem ostrém wykonane. Cięć tych musiało być niezawodnie więcéj, my zaś tylko trzy rozróżnić możemy, mniejsze po stronie lewéj od przodu. Że otwory te macicy nie pochodzą od kąsania lub dzióbania przez zwierzęta lub ptaki na zwłokach dokonane, dowodzi najprostsza okoliczność, że brzegi są gładkie, ostre, że nigdzie na macicy nie znaleźliśmy zagłębień, którebv stanowiły ślady wbijania zębów lub dzióbania, nadto okoliczność, że macica w 3 lub 4 miesiącu ciąży w kostnych miejscach miednicy jest jeszcze dość należycie chroniona przed zębami lub dzióbem zwierząt, którym inne na tych zwłokach części do żeru były przystępniejsze a przecież były nienaruszone. W końcu najwięcéj przeciw temu przemawia okoliczność, że zwłoki znaleziono leżące na brzuchu, dostęp zatém dla zwierząt do macicy był z powodu kości miednicowych i krzyżowych prawie niepodobnym. Gdybyśmy i tę okoliczność przypuścili, wtedy uszkodzenie macicy miałoby miejsce w stronie jéj tylnéj od góry, a nie przeciwnie, jak w tym przypadku. Macica pod wpływem wyskoku jest obecnie skurczona; za życia była niezawodnie większą i nie zmniejszyła się zaraz po śmierci, a cięcie po stronie lewéj od przodu idące przez całą długość macicy aż nadto wystarczało, aby tą drogą płód wydobyć.

Pierwsza rozprawa przed trybunałem przysięgłych w Rzeszowie odbyła się w d. 11—21 grudnia 1882 r. Do rozprawy téj wezwani byli jako znawcy Drowie Bieliński i Barzycki. Zeznania pierwszego mają większą wagę, jako pochodzące od lekarza-obducenta. Podaje on między innemi, że ciało Mnichówny znajdowało się w stanie wielkiéj zgnilizny, że położenie trupa było tego rodzaju, jak człowieka, który upadł a chce wstawać, że atoli tak rzecz się nie miała, czego dowodzą wnętrzności z pomiędzy nóg występujące, które dostały się na zewnątrz nie za sprawą zwierząt, lecz z powodu zgnilizny; głowę i ramiona przedzielał namuł, a nie błoto, co wskazuje, że trup w położeniu, w którém go znaleziono, leżał już czas dłuższy, że nie został w błoto wciśnięty, lecz że woda przezeń przechodziła i omuliła go; na głowie, szyi i twarzy nie było skóry, natomiast na twarzy i na szyi zachowały się niektóre skrawki, co wnosić kazało, że tu nie zgnilizna odegrała rolę, lecz inne jakieś wpływy; — tylko uszkodzenia na nogach pochodziły od zwierząt; w ogłowiu spostrzeżono podbiegnięcie wielkości talara, a wielkość onego oraz umiejscowienie wskazują, że powstało za życia Mnichówny; mózg w stanie zgnilizny, zakrwawiony w miejscu odpowiadającém podbiegnięciu zewnętrznemu, co również za powstaniem za życia przemawia; — zmarła znajdowała się w 3 lub 4 miesiącu ciąży; — rozcięcie brzucha i macicy nastąpiło narzędziem prawdopodobnie ostrém, co się stanowczo dla tego orzec nie da, ponieważ zgnilizna była już znaczną; — rozcięcie macicy i wyjęcie płodu nastąpiły po śmierci Mnichówny, — co do uszkodzenia szyi oględziny lekarskie są bardzo skromne, gdyż cały materyjał ograniczony był do skrawka skóry i resztek przełyku o brzegu gładkim; krtań bowiem, jako prędzéj gniciu podlegająca, zgniła; skrawek skóry na szyi nie był oderwany, lecz cięty, co wskazuje niewątpliwie, że na szyi dokonywały się widocznie operacyje a nie zgnilizna była tych zmian przyczyną; twierdzenie to staje się niezbitém, bo brzegi znaleziono ostre, krajane; na zwłokach nie dało się oznaczyć dokładnie, jakiego narzędzia użyto, zwłaszcza, że przełyk został przecięty a nie można powiedzieć, jakiego losu doznały krtań i tchawica; prawdopodobnie użyto noża; obcięcie i zdjęcie skóry z głowy i twarzy nastąpiło tylko w celu ukrycia sposobu śmierci; — skóra na twarzy, jeżeli nie została wyciętą, to przynajmniéj mocno posiekaną, a to dla tego, aby trupa nie poznano, a jeżeli się uwzględni, że brak był części płciowych, to przypuszczenie to staje się pewnikiem, gdyż zwierzęta tych uszkodzeń nie wywołały, bo unikają części włosem pokrytych, a byłyby raczéj wyżarły skórę na plecach i pośladkach. Na zapytanie odnośne p. przewodniczącego znawca podaje, że śmierć Mnichowny nie mogła nastąpić na miejscu, gdzie trupa znaleziono.

Wynik rozprawy jest znany: przysięgli uznali jednogłośnie winnymi zbrodni morderstwa Rittera i Stochlińskiego a 9 głosami (na 12) Ritterową współwinną, natomiast obie córki Ritterów jednogłośnie uznali nie winnemi. Trzej pierwsi przez Sąd skazani zostali na śmierć przez powieszenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Baginsky: **Wykład chorób dzieci. Przekład Dra W. Kosmowskiego z wydania z roku 1883.** T. II. Warszawa, 1886.

Na początku br. wydaną została część pierwsza (tom I) powyższego dzieła, a ocenę zarówno oryginału jak i przekładu Dra Kosmowskiego podaliśmy w Nrze 14 Przeglądu Lekarskiego z d. 3 kwietnia 1886. Obecnie opuścił prasę ciąg dalszy tego podręcznika jako tom IIgi, odpowiadający oryginałowi niemieckiemu od str. 247 do 494. W części téj znajdują się opisy: I. chorób układu nerwowego (choroby opon mózgowych, mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów). II. Choroby narządu oddechowego (nosa, krtani, tchawicy, oskrzeli płuc i opłucny); wreszcie III. Choroby narządu krążenia (osierdzia, serca i mięśnia sercowego).

Jako w podręczniku napisanym przeważnie dla uczącéj się młodzieży wszystkie rozdziały skreślone są krótko i zwięźle, z uwzględnieniem nowszych poglądów i dążności na polu dyjagnostyki i terapii. W ogóle i w téj części dzieła spotykamy się z pracą autora dobrze obeznanego z przedmiotem i wytrawnego pisarza.

Ponieważ przekład polski jest dosłownem tłumaczeniem, przeto zawiera w sobie wszystkie zalety oryginału, a chociaż pod względem stylu i słownictwa lekarskiego gdzieniegdzie nie każdego czytelnika zadowoli, to przyznać należy, że przeważnie w tym tomie spostrzegać się daje staranność w tłumaczeniu i wierność w oddaniu myśli autora. *M. L. J.*

Patologija.

Ebertha i Schimmelbuscha: **Badania doświadczalne nad zakrzepicą.** (Patrz Nr. 18 Przegl. Lek.) Sprawozdanie Dra Krokiewicza.

Powstawanie zakrzepów wśród większych naczyń u zwierząt ssących. W 103cim tomie Archiwu Virchowa podali autorowie wyniki prac swoich wykonywanych w celu wywołania zakrzepów wśród krwi krążącéj u zwierząt ciepłokrwistych. Otwierali oni jamę brzuszną u psów, królików i świnek morskich, wydobywali na zewnątrz sieć lub kreskę i wystawiali ją na działanie powietrza i rozmaitych bodźców już to chemicznych już to mechanicznych. Rezultat tych badań uwieńczony został pomyślnym skutkiem; udało się bowiem wykazać, iż dotychczasowe zapatrywania co do powstawania i tworzenia się zakrzepu nie mogą wytrzymać próby krytycznéj. Według ich spostrzeżeń w tworzeniu się zakrzepu nie biorą największego udziału ciałka białe krwi, jak to Zahn i inni twierdzili, lecz płytki we krwi się znajdujące; ziarniste białe masy, które tak często się napotyka przy badaniu zakrzepów, nie są szczątkami ciałek białych, lecz płytek we krwi się znajdujących; wreszcie przy tworzeniu się czopka w okolicy nadwerężonéj błony wewnętrznéj naczynia nagromadzają się jedynie powyższe płytki w wielkiéj ilości i silnie ze sobą spajają. Również zauważyli, że te gromady płytek krwi zawdzięczają swe powstanie pewnym warunkom, które się wytwarzają wśród krwi krążącéj, a mianowicie zwolnionemu prądowi krwi lub wirującemu, wydarzającemu się przy nadwerężonéj ścianie naczynia. Wtedy to bowiem dopiero płytki powyższe, które w stanie prawidłowym znajdują się w prądzie osiowym, zostają z niego do prądu przyściennego wyrzucone i w okolicy nadwerężonéj ściany naczynia nagromadzają się w znaczniejszéj ilości. Z początku płytki te są luźnie ze sobą połączone i zachowują pierwotne zarysy, późniéj jednak w celu wytworzenia litego zakrzepu ulegają przemianie, którą autorowie jako przekrwienie zlepne „*viscöse Metamorphose*“ określają i następowemu zlaniu się. W ten sposób wytworzony zakrzep krwi jest wyrazem zlepienia a nie ścinania, bo skoro przy skrzepnięciu np. wypociny włóknikowéj elementy krwi poprzednio nie ulegały żadnéj przemianie, to przeciwnie śród tworzenia się zakrzepu krwi.

Doświadczenia te wykonywali autorowie na drobnych naczyńkach, co połączone było z rozlicznemi trudnościami. Już samo zastósowanie bodźca czy to mechanicznego, czy to chemicznego, nie było łatwe, skoro chodziło, aby nie wywołać od razu zupełnego zastoju przez użycie nieco silniejszego w tak drobnêm włosowatêm naczyńku. A cóż mówić o wprowadzeniu ciał obcych do światła ich? itd. Dla tego też dla uzupełnienia swych spostrzeżeń musieli się uciec do większych naczyń. W tym celu odosabniali naczynia i działali na nie pewnym bodźcem, np. kauteryzowali lub zakładali przewiązkę i następnie w różnym czasie nacinali je w celu sprawdzenia, czy krew była płynną czy już skrzepłą. Metoda to jednak zbyt niedokładna. Pfitzner i Lubnicki zakładali przewiązkę dośrodkową, przez co dopływ krwi został powstrzymany, wycinali część naczynia około niéj, wkładali do cieczy stwardniającéj i po pewnym czasie badali liczne przekroje, ale i to postępowanie nie doprowadziło do pożądanego celu, gdyż naczynie po wycięciu nagle się wypróżnia i zapada, przez to daje powód do rozmaitych złudzeń. Ztąd téż autorowie zakładali duże przewiązki, jednę dośrodkowo, drugą odśrodkowo w odległości 1 cm. od siebie, które początkowo wolno na naczyniu spoczywały i dopiero przy jego wycinaniu zaciągnięte zostały. Kawałek wycięty wkładali następnie do cieczy stwardniającéj. (Zanim się atoli naczynia wytnie, należy wszystkie obwodowe gałązki jego podwiązać, bo wtedy naczynie wszędzie jest jednostajnie wypełnione i unika się przez to zmiany położenia jego treści). Jako cieczy stwardniającéj używali autorowie, idąc za radą Flescha, mięszaniny kwasów chromowego i osmowego i pozostawiali w niéj przez dwa dni; następnie wymywali dokładnie wodą i stwardniali do reszty w 90% wyskoku. Wyniki tego postępowania były wcale zadowalające, jeśli chodziło o zachowanie i utrzymanie elementów krwi, zwłaszcza ciałek białych; jeśli zaś chodziło o barwienie następowe, to ujemne. Dobre wyniki daje włożenie na kilka dni kwałków naczyń do odczynnika Müllera i następowe stwardnienie w wyskoku ze względu na przechowanie i barwienie. Najlepiéj atoli stwardnieć w czystym alkoholu i to najpierw przez kilka dni w 60%, potém przez ośm dni w 90%, następnie zatopić w celoidynie rozpuszczonéj w mięszaninie składającéj się z równych części wyskoku i eteru. Tego téż ostatniego sposobu najczęściéj autorowie używali. Do barwienia używali hematoksyliny i eozyny. Płytki krwi i ich gromady okazywały naówczas zabarwienie fijołkowe, przez co odróżniały się wybitnie od ciałek czerwonych krwi, które w całéj rozciągłości przeświecały jasno-czerwono i od ciałek białych, których jądra były ciemno niebiesko zabarwione. Doświadczenia wykonywali na średnich psach pod względem wielkości i na silnych królikach, narkotyzując je już to chlorkiem morfinu już to mięszaniną chloralu i morfinu. Wyniki były następujące:

1) Przy podwiązaniu odosobnionego naczynia czy tętniczego czy żylnego jedną lub dwiema przewiązkami, badanie mikroskopowe wykazało, że wytworzone zakrzepy składały się prawie wyłącznie z płytek krwi, które zlewały się w masę bezpostaciową lub drobnoziarnistą, niejednostajną, obłoczkowatą, jaśniejszą i ciemniejszą. Ciałka czerwone i białe w bardzo skąpéj ilości znajdują się w tychże czopkach, chyba jeśli powierzchnia zakrzepu jest nierówna, falista, to ich więcéj. Zawsze atoli przeważają płytki.

2) Przy nacięciu żył na długość 1—2 cm., ostrym lancetem w celu badania zasklepienia się rany, zakrzep składał się jedynie ze samych płytek krwi i nie zawierał żadnego innego składnika; przyczém również miał utkanie obłoczkowate. Toż samo i przy ranach kłutych. (C. d. n.)

Nasse: **Przyczynek do gruźlicy tętnic.**

Do niedawna przyjmowano dla układu naczyniowego kompletną odporność w obec jadu gruźliczego; dopiero liczne badania ostatnich lat wykazały, iż gruźlica naczyń wydarza się stosunkowo dość często. Szczególnie badania Weigerta stwierdziły, iż gruźlica układu naczyniowego odgrywa pierwszorzędną rolę w patogenezie gruźlicy ogólnéj. Badania jednak Weigerta wykazują głównie i przeważnie znaczenie, jakie ma gruźlica żył odnośnie do uogólniania się jadu gruźliczego, o wpływie zaś gruźlicy tętnic ze względu na uogólnie-

nie się w organizmie jak i na lokalne przeszkody w krążeniu, któryto wpływ jest w każdym razie daleko mniejszym, tak te jak i badania innych bardzo mało wspominają.

Jedynie u Ortha spotkać się można ze zdaniem, iż wśród i w następstwie rozlanéj gruźlicy znaleźć można małe ogniska zatorowe anemiczne i hemoragiczne, w przypadkach, gdzie powstały gruzełki w ścianach łuków tętnic nerkowych *(arcus renales)* lub tętnic wstępujących *(arteriae ascendentes)*, światło takiego naczynia ulega zwężeniu a nawet zupełnemu zamknięciu.

Autor w poszukiwaniach swoich własnych ograniczył się na razie głównie do śledziony i nerek, dla płuc brakło mu do téj chwili zupełnie odpowiedniego materyjału. Na podstawie tego co znalazł w 7 przypadkach gruźlicy ogólnéj, stawia następujące tezy:

1) w obec gruźlicy rozlanéj nerek i śledziony wytworzyć się mogą w tych narządach ogniska zatorowe czyli infarkty anemiczne lub mięszane anemiczno-hemoragiczne, a to skutkiem gruźlicy doprowadzającéj tętnicy i następowego zatkania téjże.

2) W nerkach przyjść może do miejscowéj rozlanéj gruźlicy w następstwie przebicia gruzełka do światła tętnicy. Czy wreszcie podobne sprawy odbywać się mogą i w innych narządach, tego na razie autor stanowczo nie rozstrzyga, prawdopodobném jest jednak, iż w płucach zdarzają się *(Virchowa Archiv.* T. CV, Z. 1, 1886). *Dr. Gross.*

Farmakologija.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40)

26. A. Luton poleca wstrzykiwania z rtęci metalicznéj w tkankę mięśniową przeciw kile. W 15 przypadkach, w których autor wstrzykiwał rtęć metaliczną, wessanie było zawsze zupełném. Luton wstrzykuje naraz 1 grm. rtęci i dopiero op upływie kilku lub kilkunastu dni powtarza wstrzykiwanie. Metodę swoją poleca szczególniéj w ciężkich przypadkach kiły, w których wskazanemi są zazwyczaj energiczne wcierania. *(Semaine médicale)*.

27. Sarrazin ogłosił z kliniki prof. Richeta rozprawę doktorską, któréj ostateczne rezultaty, do jakich autor doszedł, podajemy: 1) Chlorek rtęciowy może z korzyścią zastąpić nalewkę jodową w leczeniu wodniaka *(hydrokele)*, 2) sublimat nie sprawia bólu z wyjątkiem lekkiéj tkliwości jądra przy dotknięciu. Odczyn zapalny jest bardzo umiarkowanym a przecież wystarczającym do szybkiego zabliźnienia się worka wodniakowego. 3) Rękoczyn ten sam, jak przy użyciu nalewki jodowéj. W pochwę jądra wstrzykuje się 200 grm. roczczynu chlorku rtęciowego 1:1000, wypuszcza się z tego połowę, 100 grm. zaś pozostawia się w torebce.

28. *Bull. de thérap.* podaje następujący przepis leczenia kłykcin kończystych: *Rp. Calomelanos* 30·0, *Acidi borici* 15·0, *Acidi salicylici* 5·0, *Mfplv. S.* Do zasypywania. Kłykciny proszkiem tym trzy razy dziennie zasypywane mają prędko przysychać, kruszyć się i w końcu odpadają całkowicie.

29. Dujardin Beaumetz, który podobnie jak prof. Sée, zachwala jodek potasu w dusznicy, poleca go albo w mleku, lub obecnie za przykładem prof. Fourniera jeszcze chętniéj w piwie. Przepisuje on: *Rp. Kalii jodati* 15·0, *Aq. destillatae* 250·0; z roztworu takiego bierze chory rano i wieczór lub trzy razy dziennie po łyżce stołowéj w szklance piwa. Piwo takie ma mieć smak prawie zupełnie niezmieniony. Ponieważ piwo działa moczopędnie, ułatwia więc szybkie wydzielanie jodu z ustroju i tym sposobem zapobiega się kumulacyjnemu działaniu tego leku. Ponieważ kilku lekarzy a między nimi Fournier, polecało stroiczkę wydętą w dusznicy, przeto Beaumetz zapisuje także niekiedy z dobrym bardzo skutkiem: *Rp. Kalii jodati, Tincturae lobeliae inflatae āā* 15·0, *Aq. destillatae* 250·0. Lek ten ma jednę niedogodność, że niekiedy u osób skłonnych sprawia nudności a nawet wymioty. *(Bull.thérap.)*

30. Huchard podaje następujące przepisy użycia jodu w *sclerosis arteriarum*: *Rp. Kalii jodati* 10·0, *Extracti thebaici* 0·10, *Aq. destillatae* 300·0 *S.* 2—3 łyżki dziennie, — w nieżycie przewlekłym oskrzelowym samoistnym lub towarzyszącym innym przewlekłym chorobom: *Rp. Kalii jodati, Tincturae polygalae senegae, Tincturae lobeliae āā* 10.0, *Extracti thebaici* 0.10, *Aq. destillatae* 300·0 *S.* 2—3 łyżek dziennie. W przewlekłym gośćcu: *Rp. Natri jodati* 10.0, *Aq. destillatae* 100.0 *S.* Rano łyżkę w mleku. *(Journ. de la santé publique)*.

31. E. Duchesne z kliniki prof. Legroux zastanawia się w rozprawie na stopień doktora nad wpływem jodu na przemianę pierwiastków ustroju i zestawia porównawczo działania różnych soli jodowych. Podajemy z tezy téj najważniejsze ustępy. Co do wpływu na diurezę, to w ogóle jod nie zdaje się wiele mieć znaczenia. Całe działanie w tym kierunku zdaje się polegać na zwiększeniu się nieznaczném ilości moczu i to tylko w pierwszych dniach używania jodu, po czém często w następnych dniach diureza się zmniejsza więcéj niż w stanie prawidłowym, co się znów niekiedy utrzymuje przez 10—15 dni, mimo zaprzestania dalszego użycia jodu. Najsilniéj na zwiększenie wydzielania moczu zdaje się wpływać nalewka jodowa i jodek amonu, najmniéj zaś jodek potasu. Jodek potasowy wpływa na zwiększenie azotu w moczu, tak podczas podawania go, jak i jeszcze 10 do 15grm. po przestaniu użycia. Ilość mocznika wynosząca zwykle 2 do 3grm. na dzień wzmagała się do 7, 8 a nawet wyjątkowo i 15grm. Pod tym względem nalewka jodowa działa jeszcze energiczniéj niż jodek potasu. Najmniéj wpływa na zwiększenie się wydzielania azotu jodek sodu i wapna. Tutaj częstokroć zwiększone wydzielanie trwa parę dni, poczém ilość azotu się zmniejsza. Co do wpływu na wydzielanie kwasu fosforowego, to jodek potasu nie zdaje się żadnego wywierać wpływu, jodek sodu i wapna zmniejszają wydzielanie, zaś przeciwnie nalewka jodowa i jodek amonu zwiększają je. W jednym przypadku białkomoczu w *Nephritis interstitialis* autor stwierdził, że nalewka jodowa znacznie zmniejszała wydzielanie się białka. Ilość białka, która początkowo wynosiła 50 do 60 centigramów dziennie, zmniejszała się w czasie używania nalewki jodowéj z każdym dniem widocznie, tak że w końcu po upływie kilkunastu dni mocz nie zawierał go ani śladu. Na podstawie tych spostrzeżeń wnosi autor, że nie jest wszystko jedno, w jakiéj postaci i w jakiém połączeniu poleca się jod, skoro każda z soli do pewnego stopnia różnie działa. Zadaniem więc terapii powinno być wyszukać wskazania dla każdéj ze soli jodowych z osobna i dla jodu czystego. (Dok. n.)

(β) **Sporysz w biegunce krwawéj** zaleca B. du Rocher, opisuje on przypadek gwałtownéj biegunki krwawéj u 44-letniego silnie zbudowanego mężczyzny z przypadami omdlenia połączonéj, w którym środek ten sprowadził skutek pomyślny a szybki. *(Allg. medic. Central Ztg.)*

(β) **Bizmut w biegunce krwawéj** stósował Waxham za pomocą enem. Według niego usuwa azotan bizmutowy zasado-

wy wszelkie ciężkie przypady, które w biegunce podkopują ustrój chorego, głównie cechujące tę chorobę wypróżnienia krwawo-śluzowate. Pospolicie wystarcza sam azotan bizmutowy; w przypadkach cięższych radzi autor nadto podawanie makowca. Środek ten stósować należy po wypróżnieniu i to w dawkach 0·5—1·0 gr. wraz z kleikiem liposoku arabskiego. Działanie azotanu bizmutowego jest dość szybkie, w przeciągu 24 godzin zmienia on całkowicie charakter stolców biegunkowych. *(Allg. med. Central-Ztg.)*.

Choroby wewnętrzne.

Rosenbach: O nerwowém osłabieniu serca.

Choroba ta polegająca na zajęciu pewnych nerwów w samém sercu przedstawia się nieraz w postaci takiego osłabienia i niedowładu serca, z jakiém się zwykle spotyka w miażdżycy tętnic wieńcowych. Z drugiéj zaś strony zdarza się nieraz, że w ogólnéj neurastenii objawy téjże głównie występują w przyrządzie krążenia a wtedy dają powód do rozpoznania wad sercowych, których potém dokładniejsze badanie nie wykrywa. Chorobie téj ulegają tak mężczyźni jak i kobiety, najczęściéj w wieku między 20 a 50 rokiem. Z przyczyn wywołujących ją wymienia autor: nadmierną umysłową i fizyczną pracę, męczące tańce, noce nieprzespane, nadużycia płciowe, nadmierne picie kawy, herbaty a także napoi wyskokowych, palenie tytoniu, pracę wielką przed egzaminami lub uciążliwe zajęcie sprawami handlowemi i finansowemi. W przebiegu choroby rozróżnia R. dwa okresy: podniecenia i przytłumienia. W 1szym zauważyć można nagłe zmiany barwy na twarzy, odnogi bywają już to zimne, już téż to gorące. Chorzy miewają uczucie mrowienia, drętwienia lub téż przeczulicy w palcach, rękach lub w okolicy serca. Doznają oni przytém niepokoju, uczucia duszności, tętnice szyjne, brzuszne i serce silnie biją a bicie serca jest tylko uczuciem podmiotowém, bo czynność serca wcale nie jest przyspieszona. Zwykle chorzy cierpią na brak apetytu, zatwardzenie stolca, parcie na mocz, a sen mają niespokojny. Przedmiotowo nic się nie daje wykryć. W tym okresie są częste przerwy a w nich chorzy czują się wcale nieźle. Jeżeli taki okres długo trwa bez pomocy lekarskiéj, to przechodzi on w okres przytłumienia. Odżywienie chorego wówczas podupada, powłoki ogólne blade, bezsenność ciągła, przytém chorzy są nadzwyczaj rozstrojeni i umysłowo znużeni. Bicie serca zdarza się rzadko, lecz chorzy mają ciągle uczucie bicia serca i pewnego niepokoju w jego okolicy. Uderzenie koniuszkowe serca słabsze jest niż zwykle, tony serca mniéj silnie zaznaczone i cała czynność serca osłabiona. Zmiana szybkości tętna jest bardzo prędka, potrzeba lada małego wzruszenia, aby tętno znacznie się przyspieszyło. W sercu samém nie znajdujemy żadnych organicznych zmian, bo nawet przy dłuższém trwaniu choroby nie wywięzuje się przerost lub objawy niedowładu. Inne objawy nie są właściwe nerwowemu osłabieniu serca, lecz sąto objawy, jakie zwykle zdarzają się w ogólném osłabieniu nerwowém. Rokowanie w świeżych przypadkach zawsze jest dobre, a w późniejszych o tyle jest gorsze, że choroba wówczas jest więcéj uporczywą i mniéj dla leczenia przystępną. Leczenie polega przedewszystkiém na usunięciu wszelkich szkodliwości, a jeżeli jestto w domu niemożebném, należy chorego na parę miesięcy oddać do zamkniętego zakładu. Starać się o podniesienie odżywienia chorego, sprowadzenie dobrego snu, rozbudzenie w nim zaufania we własne siły i przedstawienie mu choroby jako cierpienie mało znaczące. Pożywienie należy choremu często podawać, ale za to w małych ilościach i złożone głównie z mącznych i mięsnych potraw, kawy i herbaty nie pozwalać, chyba bardzo lekką, palenia tytoniu zakazać. Daléj należy dbać o odpowiednie zajęcie umysłowe i ruch, polecając choremu gimnastykę, wycieczki w góry, pływanie itp. odpowiednie do sił chorego rozrywki. Jeżeli pomimo to sen nie wraca, a i zimne zlewania po ciepłéj kąpieli lub zimne wycierania ciała pod tym względem okażą się bezskutecznemi, wówczas należy użyć środków nasennych, aby koniecznie sen choremu przywrócić. Systematycznych kuracyj zimną wodą, ani téż leczenia elektrycznością R. nie zaleca. Z leków można używać ze skutkiem przetworów bromu, żelaza, chiny, ergotyny, a przedewszystkiém kokainu, dając na dawkę 0,02—0,03 dwa razy dziennie. W ogóle leczenie higijeniczno-dyjetetyczne należy przed wszelkiemi lekami stósować. (*Bresl. Aerztl. Zeitschr.* Nr. 15 i 16). *Dr. J. Surzycki.*

(*B*) **O wypukiwaniu gardziela.** Przy zwężeniach dolnych części gardziela zaobserwował R. Feletti wypuk bębenkowy po stronie piersiowéj, w razie gdy przestrzeń położona po nad zacieśnieniem zostawała pod działaniem prężności znajdującego się w niéj gazu. Jeżeli wśród wysłuchiwania odgłos bębenkowy w danym przypadku nie dał się słyszeć, to podany kwas winowy i dwuwęglan sodowy zaraz go wywoływał, byleby tylko wywięzujący się kwas węglowy nie dostawał się do żołądka. Zwężenia obserwowane przez autora bywały nieraz tak znaczne, że przy sekcyi zaledwie można było sondę przeprowadzić, jasną więc rzeczą, że za życia niewielkie nawet ilości śluzu lub inne obce ciała a przytém skurcze mięśni mogły sprowadzać zupełne zamknięcie gardziela. Za pomocą aspiracyi gazu można było zmniejszyć przestrzeń rozdętą, przyczém wypuk bębenkowy stawał się słabszy, ale zawsze wysokością tonu różnił on się od wypuku żołądka. Dla stwierdzenia swych poglądów, jakotéż dla usunięcia pewnych wątpliwości przeprowadził autor doświadczalnie odpowiednie badania na trupie. Wprowadził on mianowicie w gardziel z lewéj strony szyi pęcherz i tenże wydymał powietrzem; pokazało się przytém, że przestrzeń wypuku bębenkowego zmieniała się stósownie do tego, jak pęcherz przesuwano w górę lub w dół gardziela. Raz zjawiała się ona w wewnętrznéj części dołka podobojczykowego, to znów między drugiém a trzeciém lewém żebrem lub między drugiém a trzeciém międzyżebrzem itd. Doświadczenie to przemawiałoby za tém, że za pomocą fizycznego zbadania dałoby się oznaczyć siedzibę zaciśnienia. Jeżeli pęcherz wypełniono wodą, zamiast bębenkowego wypuku można było wykazać odpowiednią figurę stłumienia.— Sztuczne to przeprowadzenie tego, co się dzieje w ustroju w danym stanie chorobowym, ma wielkie znaczenie pod niejednym względem, bo daje pewne podstawy dla rozpoznania nawet wtedy, gdy się rozchodzi o obrzęk zbity lub o rozszerzenie gardziela masami pokarmowemi w nim tkwiącemi. Również wynika ztąd, że odgłos bębenkowy nie może powstać przez zmianę w napięciu, a mianowicie przez ucisk otaczających zrazów płucnych, ale raczéj przyczyny jego trzeba szukać w nagromadzeniu gazów w rozdętéj przestrzeni gardziela. (*A. m. Ctr. Ztg.*)

Choroby dzieci.

Dr. Sanné: O zakrzepach sercowych u dzieci.

Do pospolitych wyników oględzin pośmiertnych dzieci, zmarłych na rozliczne choroby, należą skrzepy w sercu. Niejednaka ich budowa i rozmaite wejrzenie dały powód autorom do wypowiedzenia sprzecznych mniemań o przyrodzie i czasie ich tworzenia się; jedni twierdzą, że skrzepy powstają podczas konania i skonu, a zatém byłyby to istotne

skrzepy, drudzy zaś utrzymują, że skrzepy tworzą się za życia i sprowadzają groźne dla ustroju następstwa, które dla odróżnienia od skrzepów pospolitych należy nazwać zakrzepem.

Dr. Sanné spostrzegał nader pouczający przypadek, który mu dał powód do wypowiedzenia zasadniczych uwag o téj sprawie chorobowéj. Dzieli on skrzepliny sercowe na trzy gromady: do pierwszéj zalicza skrzepy zsiadłéj krwi, miękkie, niemal rozpływne, barwy galarety porzéczkowéj, siedzibą ich jest prawa komórka; nie ulega wątpliwości, że zsiadanie tych skrzepów powstaje podczas śmierci. Do gromady drugiéj należą skrzepy budowy mięszanéj, są one w górnoprzedniéj części włókniste, w dolnotylnéj zaś z krwi zsiadłéj; znajdują się w komórce prawéj i wydłużają się gałązkowato, sięgając wielkich naczyń, co dało powód do mianowania ich skrzepami uklejowatemi. I te skrzepy niezawodnie powstają podczas zgonu, a dwoistość budowy tłumaczą Cornil i Ranvier têm, że ciałka krwi, jako cięższe opadają i tworzą pokład skrzepliny krwawéj ku dołowi i tyłowi, podczas gdy części skrzepu górna i przednia, pozbawione ciałek krwi, mają budowę ściśle włóknistą. Skrzep trzeciéj gromady ma budowę wyłącznie włóknistą i bywa rozmaitych rozmiarów, postać jego przeważnie kulista, wciska się w ścięgniste przestwory mięśni sercowych i wydluża się do przedsionka i naczyń, przyczém ujście i zastawki odciskają na nim szyjkowate zacieśnienie; zazwyczaj jest on zbity a nawet twardy, budowy jednolicie włóknistéj i jednoczesnéj co do powstania. Wielu pisarzy uważa skrzep z takiemi cechami jako wytwór chorobowy, za życia powstały. Dr. Sanné nie podziela tego zdania i sądzi, że skrzepy włókniste, wielkie, luźne nie tworzą się za życia, a przez to samo nie sprowadzają ciężkich zaburzeń w czynnościach krążenia, których przyczyna tkwi w zmianach chorobowych innych narządów; natomiast utrzymuje on, że są istotnie skrzepy powstające za życia, lecz dla ich wytworzenia niezbędnym jest warunek, polegający na zapaleniu wsierdzia i następowém wytworzeniu nierówności błony surowiczéj; skrzep taki zsiada się powolnie i stopniowo z włóknika krwi; budowa jego zbita, barwa popielata; przystaje on do ścian serca i zastawek nie przez luźne przyleganie, jak to ma miejsce z skrzepami powyżéj opisanych trzech gromad, lecz spaja się z zapaloném wsierdziem; jeśli te skrzepy długo trwają, środkowa ich część rozmięka, a badanie wykazuje obfitą ilość białych ciałek krwi i włóknik w stanie rozpadu; czasami znowu z biegiem czasu skrzep kurczy się, twardnieje, a wyjątkowo powstają w nim złogi wapienne. Rozmiary tych skrzepów są zawsze małe, co je rozróżnia od wielkich skrzepów wyżéj opisanych; rzecz prosta, że objawy kliniczne, które wywołują skrzep małych rozmiarów, muszą być zupełnie różne od tych, które powstają w skutek skrzepów wielkich, tak zwanych uklejowatych powstających podczas konania i śmierci.

Dr. Sanné opowiada spostrzegany przez siebie przypadek 13 letniego chorego w szpitalu Sainte Eugénie; z opisu tego wyjmujemy tylko najważniejsze punkty, mianowicie, że rozpoznano przewłoczne zapalenie wsierdzia z zwężeniem ujścia tętnicy głównéj i niedomykalnością jéj zastawek, przyczém okolica serca była nieco wysadzona, obok prawidłowéj jego granicy wypukowéj. Tony serca przytłumione, im towarzyszą dwa szmery: skurczowy, słyszany w całéj okolicy przysercowéj, a najwięcéj u podstawy, i rozkurczowy, wyraźny, słyszalny tylko u podstawy; tętno słabe, rytm serca prawidłowy. Powyższe objawy nie uległy zmianie do końca życia chorego, prócz szmeru rozkurczowego, który zmniejszając się stopniowo, w końcu znikł zupełnie, a drugi ton serca stał się zupełnie czystym.

Po 4-tygodniowym pobycie w szpitalu, podupadając stopniowo na siłach, chory umarł nagle. Badanie pośmiertne wykazało nieznaczny przerost komórki lewéj: woda wlana do tętnicy głównéj zatrzymała się na zastawkach, co świadczyło o ich domykalności. Po otwarciu wnętrza serca spostrzeżono w ujściu tętnicy głównéj ciało wielkości małego orzecha włoskiego, zamykające prawie szczelnie to ujście, i wydłużające się nieco w światło aorty; ciało to miało budowę włóknistą, barwy popielato różowéj, cechującéj skrzepy długotrwałe, twardości zdumiewającéj, zależnéj od złogów wapiennych w warstwach włóknika; spójność jego z prawą i tylną zastawką aorty równała się zrostowi. Między têm ciałem włóknistém a zastawką lewą spostrzeżono cieśninę, wypełnioną czarnym świeżym skrzepem. Prawa zastawka tętnicy głównéj przedziurawiona, i téj okoliczności należy przypisać objaw niedomykalności spostrzegany za życia; otwór ten zatyka w znacznéj części powyżéj opisane ciało włókniste; zastawki aorty zgrubiałe, pomarszczone, o powierzchni nierównéj. Zresztą w całym organizmie nigdzie nie wykryto sprawy miażdżycowéj, i na zastawkach nie znaleziono złogów wapiennych. Zastanawiając się w dalszym ciągu nad tym przypadkiem stwierdza autor, że skrzep znaleziony w sercu powstał za życia, w okresie oddalonym od śmierci, gdyż posiadał wszystkie cechy długotrwałości: małe rozmiary, ścisłą spójność z zastawką w stanie przewlocznego zapalenia, barwę popielato-różową, złogi wapienne, stałe zepchnięcie zastawek, wymagające dłuższego i ustawicznego działania siły. Objawy spostrzegane za życia również przemawiają za têm, że skrzep wówczas już istniał. Zatykając ujście tętnicy głównéj sprawiał on zwężenie jego, które objawiało się szmerem skurczowym, u podstawy serca słyszalnym. Przedziurawienie zastawki prawéj u jéj podstawy, wywoływało niedomykalność, wyrażającą się szmerem rozkurczowym u podstawy serca; lecz szmer ten, w miarę zwiększenia się skrzepu, malał, a wreszcie znikł, gdy otwór został zatkany. Słowem, badanie pośmiertne w zupełności wyjaśniło objawy spostrzegane za życia. Praca Dra Sanné stanowi ważny przyczynek do rozpoznawania zakrzepów sercowych za życia i z tego względu zasługuje na szersze rozpowszechnienie. (*Revue Mensuelle des maladies de l'enfant*, zeszyt październikowy, 1886 r.). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Prof. Hirschprung (Kopenhaga): **Samogwałt u dzieci.**

Wiadomo, że samogwałt u starszych dzieci dość często bywa praktykowany i częściéj u chłopców niż u dziewcząt. Że się zdarzają przypadki samogwałtu u osesków, na to zgadzają się różni lekarze, a między innymi Vogel, Steiner, Henoch, Lindner, Rilliet i Barthez wspominają o têm. Z własnéj praktyki prof. H. ma kilkanaście takich przypadków, z których kilka z lat ostatnich opisuje. Dziewczynka 13-miesięczna, z ojca zdrowego a matki nerwowéj, od kilku miesięcy ma cierpieć napady, z których jeden właśnie prof. H. obserwował. Dziecko leżało na piersiach i ramieniu piastunki, rękami trzymało się silnie a odnogi dolne wyprostowane opierały się na brzuchu piastunki. W têm położeniu zaczęło wykonywać ruchy ku górze i na dół trąc się w ten sposób częściami płciowemi o łono piastunki. Dziecko miało twarz silnie zaczerwienioną, źrenice rozszerzone, zachowywało się podczas tego aktu spokojnie i dopiero po skończonéj czynności zaczęło znowu krzyczeć. Badanie części płciowych nie

wykazało żadnych zmian, jak również nic nieprawidłowego nie znaleziono przy badaniu całego ciała. Według twierdzenia matki podobne napady powtarzały się kilka razy dziennie, a w nocy dziecko zrywało się z krzykiem i wtedy dopiero uspokajało się, gdy zadowoliło swój popęd płciowy na rękach piastunki. Prof. H. polecił ściśle pilnowanie dziecka i niepozwalanie mu na te czynności, a jak się potém dowiedział, rady te wydały pożądany skutek.—Starsze dziewczynki zwykle popełniają samogwałt przez tarcie się o krzesło, lub trąc nogę o nogę i takie czynności powtarzają kilka razy dziennie a nawet i w nocy. Trzechletnią dziewczynkę obserwował prof. H. w szpitalu, dokąd była oddana dla leczenia. Pochodziła z rodziny obciążonéj nerwowemi zboczeniami, była dobrze rozwinięta, chociaż blada i niedokrewna. Przed $1\frac{1}{2}$ rokiem dostała świądu części płciowych i od tego czasu oddaje się samogwałtowi. Czynność była podobna do wyżéj opisanéj, i miewała miejsce tak w dzień jak i w nocy. Przez 40 dni pobytu w szpitalu chora spała z przywiązanemi do łóżka nogami i napadów nie miewała. Inny przypadek dotyczył 16-miesięcznego chłopca, który jeszcze nie mógł o własnych siłach chodzić. Matka jego opowiada, że od 8 miesięcy co dzień, a potém i kilka razy dziennie zastaje się go w następującéj sytuacyi. Siedzi prosto, nieco pochylony, poruszając się górną połową ciała to naprzód to w tył, prącie przytém ma naprężone, krzyczy, jeżeli mu się przeszkadza, a wreszcie po półgodzinnym nieraz takim napadzie jest cały potem oblany, zmęczony i prawie nieprzytomny; od miesiąca chudnie, ma rozwolnienie i słaby apetyt. Polecono stosować zimne owijania, które pożądany skutek sprawiły. Autor uważa nadzwyczajną nerwowość w rodzinie lub nawet choroby umysłowe jako usposabiające czynniki. Prawie wszystkie dzieci cierpiały na zatwardzenie stolca i na to poleca H. zwrócić szczególną uwagę. Nie należy téż zapominać o pokrzywce, liszaju i glistnicy robaczkowéj, bo w skutek swędzenia wywołanego przez nie dziecko mimowolnie może być skłonne do samogwałtu. Że samogwałt wyniszcza dzieci i fizycznie i umysłowo, że się nie mogą należycie w obec tego nałogu rozwinąć, tego nie potrzeba chyba dowodzić. To téż tembardziéj powinny być oczy rodziców i lekarza zwrócone na zachowanie się dzieci, a w razie spostrzeżenia podobnych czynności natychmiast należy zapobiedz złemu. Starsze dzieci najlepiéj oddawać do zakładu pod dozór lekarzy, bo lekarz najlepiéj będzie mógł ten nałóg wykorzenić. (*Berl. klin. Woch.* 1886, Nr. 38). *Dr. J. Surzycki.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IIcie zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dnia 6 lutego 1886.

Przewodniczący kol. Merunowicz. Członków obecnych 17.

1) Kol. Ziembicki przedstawia: *a)* trzech chorych z oddz. tut. powszechnego szpitala, na których dokonał resekcyi osteoplastycznéj według Mikulicza. U chorych tych trzebaby było zrobić amputacyję, gdyby nie zastosowano metody Mikulicza. Przyczyną choroby były u tych chorych rozległe nacieki gruźlicze w skórze, stawach i kościach, a następnie próchnienie kości. Jak widać chorzy ci chodzą teraz dobrze, mimo że jeszcze odpowiednich bucików nie mają. Przebieg po operacyi był rozmaity. U jednego wystąpiła recydywa i musiano nowo powstające ogniska gruźlicze wyskrobywać. U drugiego chorego wystąpiła zgorzel skóry z powodu wadliwego krążenia, co jednak nie pociągnęło za sobą żadnych złych następstw. U trzeciego nie nastąpiło po operacyi żadne powikłanie. Przypadki te są dalszym wymownym dowodem, jak wielkie korzyści przysparza chorym w ogóle chirurgija zachowawcza, a w szczególności metoda Mikulicza.

b) Chorego po resekcyi kolana prawego, który chodzi dobrze. Na uwagę zasługuje u tego chorego, że po operacyi miał wielkie kurcze i boleści do tego stopnia, że mimo gipsowego opatrunku podniósł całą odnogę operowaną do góry, a przecież i tak zagojenie nastąpiło *per primam.*

c) Chorego kominiarza, który przed rokiem spadł z dachu. Po roku tedy przybył on na oddział chirurgiczny tutejszego szpitala z fleksyją uda prawego na miednicę w najwyższym stopniu i zwróceniem odnogi dolnéj na zewnątrz. Trzeba było przypuszczać albo złamanie szyjki udowéj prawéj źle wyleczone, albo zwichnienie kości udowéj prawéj. Co do terapii to albo trzeba było robić osteotomiję linijną albo klinową, albo na nowo złamanie kości udowéj. Otóż kol. Ziembicki zrobił *osteotomiam subtrochantericam*, a potem złamanie.—Zagojenie nastąpiło szybko i dobrze. Wynik leczenia trzeba uważać za bardzo korzystny, skrócenie odnogi wynosi teraz zaledwie $\frac{1}{2}$ cm., chory chodzi teraz dobrze a przedtém nie mógł postąpić ani kroku.

d) Chorego, który po przebyciu duru okazywał bardzo rozległą wypocinę ropną opłucny, a któremu kol. Ziembicki zrobił: 1) resekcyję 1go żebra, 2) resekcyję 7miu żeber. Szczególném jest, że mimo iż resekowano kawałki żebra 6, 8 i 10 cm. długie, nastąpiła reprodukcyja żeber na wszystkich żebrach, tak, że dzisiaj różnica w objętości obu połów klatki piersiowéj wynosi zaledwie 1 cm na niekorzyść strony, na któréj operacyi dokonano.

e) Chorą w 17 dni po owaryjotomii. Operacyję tę przedsięwzięto z powodu mięsaka jajnika, który na poprzedniém posiedzeniu po wycięciu okazywał kol. Sztembarth. Chora ta dziś już wyleczona, nie gorączkowala ani razu po operacyi.

f) Kamień (szczawianowy) wielkości jaja kurzego, spłaszczonego nieco, który kol. Ziembicki wydobył z pęcherza moczowego *per sectionem altam.* Kamień ten ważył 63 grm. i był 7 cm. długi.

W dyskusyi zabiera głos kol. Bar ącz i opisuje metodę osteoplastyczną wynalezioną przez anglika Kitleja, a opisaną w ostatnim numerze „*The Lancet*“. Metodę tę radzi Kitlej stósować w obec wrzodów gruźliczych podudzia, a polega ona na tém, że robi się najpierw amputacyję według Symego, ze skóry zaś na grzbiecie stopy i z podeszwy robi się płat, z którego wytwarza się sztuczny kikut, na którym chory bez szczudła chodzić może. (Dok. n.)

V. Billrotha Aforyzmy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Powszechném jest utyskiwanie na brak lekarzy na prowincyi. Bardzo trafnie wykazuje B. powody tego braku. „Ci lekarze, którzy jeszcze nieco mają sumienia, nie osie„dlają się w małych miejscowościach, ponieważ czują się „za słabymi, aby praktykować samodzielnie w myśl dyplomu „swego jako *doctores medicinae universalis.* Śmielszymi być „mogą w Wiedniu i innych większych miastach, bo chorego „niezamożnego wyprawiają do szpitala, a u zamożniejszych „radzą się specyjalisty. Jeżeli zresztą nie są w ciemię bici, „to w ten sposób przepychają się; w kawiarniach znajdują „dzienniki lekarskie, a w nich najnowsze wykłady profeso„rów, wiadomości o najważniejszych lekach nowych i ich „działaniu; co do dawki i receptury posiłkują się kalenda„rzem lekarskim; wreszcie od innych przyjmują rozmaite „postawy i górnolotne tegoczesne sposoby mówienia, a jeżeli „przytém są nieźle ukształceni cieleśnie i umieją pozyskać „dla się kobiety, praktyka ich wnet kwitnie, tak że naigra„wają się z innych, którzy się męczyli podczas studyjów i „późniéj jeszcze dręczą się czytaniem trudnych książek“. Oto jeden powód, a drugi również ważny jest następujący: Od r. 1848 lekarzom wolno obrać sobie siedzibę, jaka im się podoba, nic więc dziwnego, że po największéj obierają sobie miasta większe, gdzie większego spodziewają się do-

chodu. „Jak stolarza nie można zmusić, aby osiedlił się „w miejscu, w którém nie znajduje dostatecznego dochodu, „tak też nie podobna zmusić lekarza, aby osiadł tam, gdzie „ludność jest tak ubogą i zdrową, że lekarz śród niéj żyć nie może“. Jak tu zaradzić złemu? Ograniczenie wolności osiedlania się jest niemożebném, tworzenie lekarzy niższéj kategoryi (dawniejszych t. zw. chirurgów) byłoby niestósownėm, a w obec ludności wiejskiéj i górskiéj wprost niesprawiedliwém, „bo sprzeciwia się naszemu poczuciu o równości ludzi przed Bogiem, prawem i lekarzami“. Pozostaje więc tylko system premijowania lekarzy, osiedlających się w takich okolicach. Niech państwo o to się postara, aby lekarz taki, gdzie istnieć nie może własną pracą, otrzymał mieszkanie, opał itd., a za to leczył ubogich. Dałoby się to łatwo przeprowadzić, gdyby kilka gmin łączyło się w tym celu, tak jak się łączą na utrzymanie szkół. Wreszcie poleca autor instytucyję t. zw. pomocników lekarskich, która w Niemczech okazała się praktyczną.

Gdy zaślepiony zazdrością Othello przystępuje do zamordowania niewinnéj Desdemony, nieśmiertelny poeta kładzie w usta jego monolog, rozpoczynający się od słów: *It is the cause! It is the cause!*—(Tego wymaga sprawa!). Słowami temi posługuje się Billroth jako godłem dziełka swego, przywięzując do nich wielką wagę, bo je powtarza na czele każdego rozdziału. Obawiamy się, że przeciwnikom swych zapatrywań,—a takich znajdzie się zapewne wielu w gronie samego Wydziału—mimowolnie dostarczył podstawy do twierdzenia, że zaślepiony ich kolega targa się na przeczystą i niewinną *Facultas Vindobonensis.* Lecz my nie myślimy poczytać wielkiemu chirurgowi niefortunnego wyboru godła, jak nie zamierzamy spierać się z nim o małe grzeszki filologiczne, w obec tego, że przemawia w imię dobréj sprawy, że przemawia śmiało i otwarcie. Przywięzując wielką wagę do wytrawnego jego sądu nie wahaliśmy się podać nieco obszerniéj treść jego dziełka, z którą w większéj części się zgadzamy; pozwolimy sobie jednak wymienić i te szczegóły, co do których mamy zdanie odmienne.

B. wykazuje strony ujemne studyjów lekarskich we Wiedniu, a właściwie odsłania owe wady, które powszechnie są znanemi: brak pilności oraz po części niemożność przykładania się do nauk u studentów, uczęszczających na Wydział lek., wreszcie niedostateczne przygotowanie do praktyki doktorów tamecznych. Na szczęście inaczéj się ma rzecz w innych Wydziałach, a przynajmniéj u nas; jeżeli we Wiedniu na 100 uczniów uczęszcza pilnie 12—15, to u nas procent ten wynosi 70—80, u nas dotychczas wszystkim słuchaczom daną jest możność uczenia się, a nasi młodzi lekarze bez porównania poradniejszymi okazują się w początkach praktyki, aniżeli wiedeńscy. Ale też fakt ten przemawia wymownie za słusznością zdania Billrotha, że mniejsze uniwersytety są korzystniejsze dla uczniów aniżeli wielkie. Również przyznajemy mu w zupełności słuszność, gdy dowodzi niepraktyczności ustawy o rygorozach z r. 1872 i konieczności jéj rewizyi. Ale żadną miarą zgodzić się nie możemy na proponowany przezeń sposób, w jaki należy zaradzić przeciążeniu Wydziału lek. we Wiedniu. Z uwagi, że przepełnienie pochodzi głównie od napływu Węgrów, domaga się, aby przypuszczono we Wiedniu do rygorozów tylko tych kandydatów, którzy wykażą się egzaminem dojrzałości odbytym w gimnazyjum przedlitawskiém, uzasadniając żądanie to mniejszemi wymogami w gimnazyjach węgierskich. Pomijając okoliczność, że zastrzeżenie takie wywołałoby oburzenie w Węgrzech z powodu zadraśnięcia miłości własnéj i dumy narodowéj, pomijając daléj okoliczność, że byłoby wprost niesprawiedliwém, bo skoro państwo uznaje dla kandydatów medycyny ważność egzaminów dojrzałości zagranicznych, jak rosyjskich, francuskich itd., to nie pojmujemy wcale, jakim sposobem niedopuszczanie do rygorozów uczniów, nie mających austryjackiego świadectwa dojrzałości, mogłoby tak bardzo wpłynąć na zmniejszenie się liczby uczniów, skoro wolnoby im było przez 5 lat uczęszczać na Wydział wiedeński? Nierównie praktyczniejszą jest propozycyja, aby Rząd węgierski dopuszczał do praktyki tylko tych lekarzy, którzy nabyli stopień doktora na jednym z uniwersytetów węgierskich lub przynajmniéj przez 3 lata na jeden z nich uczęszczali; ale rozporządzenie takie zależy wyłącznie od Rządu węgierskiego, na decyzyję którego żadnego wpływu mieć nie możemy. Utrzymanie stanu obecnego co do liczby uczniów obok pomnożenia katedr i klinik, propozycyja, za którą prawdopodobnie oświadczy się większość Wydziału, jest niemożebném, jak to sam B. wykazuje, raz z powodu, że środek ten nie zapobiega wcale przepełnieniu w poszczególnych zakładach i klinikach i musiałby nadto pociągnąć za sobą zbyt wielkie ograniczenie wolności uczniów, a powtóre z powodu wielkich kosztów, których wymaga, kosztów, któreby ponosić musiała sama Przedlitawija, a które w razie nieprzewidzianego obniżenia się liczby uczniów, okazałyby się zbytkiem, niczém usprawiedliwić się nie dającym. Utworzenie nowych Wydziałów — jak znów przyznaje Billroth — mogłoby Wiedniowi przynieść ulgę dopiero po dziesiątkach lat a tu pomoc doraźna jest potrzebną. Zresztą nie podzielamy zdania szan. autora, jakoby można tworzyć same Wydziały lekarskie, któreby nakształt dawniéj istniejących akademij prawniczych, były prostemi szkołami lekarskiemi, nie dosięgając poziomu uniwersytetów; a gdy takim akademijom niepodobna przyznać prawa udzielania stopni doktorskich, więc jak pod względem naukowym zajmowałyby rolę podrzędną, tak nie miałyby miru u studentów. B. oświadcza się za utworzeniem Wydziałów lekarskich w Bernie morawskiém i w Czerniowcach, oraz za przywróceniem Akademii Józefińskiéj. Co do ostatniéj atoli wiadomo, że zamiar Ministerstwa wojny przywrócenia téj szkoły rozbił się o opozycyję Rządu węgierskiego; czy Berno, miasto wskroś fabryczne, posiada warunki niezbędne dla prosperowania Wydziału lek., nie wiemy; ale to wiemy, że tych warunków nie posiadają Czerniowce. Wydziałowi lekarskiemu w mieście tém B. rokuje przyszłość w razie otwarcia bezpośredniego połączenia z Kijowem i Budapesztem, ale jak nadzieja, że uniwersytet tameczny przyciągać będzie Rumunów, okazała się płonną, tak już wcale spodziewać się nie można, aby medycy rosyjscy i węgierscy mieli okazać nagle pociąg do wykładów niemieckich w Czerniowcach, choćby komunikacyja była najlepszą; a gdyby nad wszelkie spodziewanie nadzieja Billrotha miała się ziścić, pytanie, jakiém prawem można żądać od Przedlitawii ofiar na rzecz Rosyi i Węgier?

Tak więc drogą wykluczenia dochodzimy do wniosku, że tylko przez ograniczenie liczby uczniów — *Numerus clausus* —, jak proponuje p. Minister Oświecenia, złemu skutecznie da się zaradzić. Jestto niezawodnie ograniczeniem wolności uczenia się, ale lepsze ono od nieograniczonéj swobody nieuczenia się. Inna rzecz, czy i w jaki sposób *„Numerus clausus“* dałby się przeprowadzić? W półroczu ostatniém letniém było w Wydziale lek. wiedeńskim wszystkich

uczniów 2147; z tych pochodziło z Węgier 641, z Galicyi 292, z Austryi dolnéj 259, z Morawy 249, z Czech 209. Odliczając Węgrów, Galicyjan i Czechów pozostaje liczba 1000 uczniów, wliczając w nią i Morawian, którzy jako bliżsi sąsiedzi stolicy i nie posiadający w kraju uniwersytetu, mają niezaprzeczone prawo do korzystania z wszechnicy wiedeńskiéj; Węgrów śmiało można odesłać do Wydziałów lek. w Budapeszcie i Klausenburgu, i dać sposobność Rządowi węgierskiemu do utworzenia trzeciego uniwersytetu w Preszburgu; Czesi mają dwa Wydziały lekarskie w Pradze a Galicyjanie mają Wydział lekarski w Krakowie; gdyby zaś nastąpiło przepełnienie w Krakowie, wtedy wypadałoby uzupełnić uniwersytet lwowski Wydziałem lekarskim, a ostatecznie i przywrócenie uniwersytetu morawskiego w Ołomuńcu mogłoby być wskazaném. Środki te nie wymagałyby zbyt wielkich nakładów, podczas gdy inne środki rozbiją się o kwestyję finansową, która u nas pierwsze zajmuje miejsce. Wypadałoby tylko rozporządzić, że liczba uczniów Wydziału lek. w Wiedniu nie może o wiele przenosić cyfry 1000 i że uczniów pochodzących z Węgier i z odleglejszych od Wiednia krajów koronnych o tyle tylko przyjmować się będzie, o ile cyfra tamta przekroczoną nie będzie. Wiemy, że większość członków Wydziału lek. w Wiedniu na tę „degradacyję" Wydziału nigdy się nie zgodzi, pomimo, że, jak trafnie wykazuje Billroth, Wydział straciłby tylko pozorną świetność, a zyskałby na rzeczywistéj wartości i na pożyteczności. Prawda, że członkom Wydziału grozi szkoda materyjalna, dla tego też kwestyja ta wiąże się z inną, to jest z kwestyją czesnego, o czém późniéj.

Mimochodem zwracamy uwagę na wytrawne zdanie Billrotha co do braku lekarzy na prowincyi. Podczas gdy statystycy dowodzą — a dowodzić zaprawdę nie potrzeba — że na prowincyi, zwłaszcza w Galicyi, ogromny brak lekarzy, — redakcyja jednego z pism lekarskich wiedeńskich w obec ciągłego przypływu młodzieży na medycynę bardzo trafnie twierdzi, że niezadługo nad wrotami zakładów lekarskich trzeba będzie umieścić jako przestrogę dla uczniów słowa Dantego: *„lasciate ogni speranza Voi ch'entrate!* Brakowi na prowincyi nigdy nie zaradzi kreowanie coraz większéj liczby lekarzy, bo osiedlenie się na wsi lub w t. zw. miasteczkach naszych jest częstokroć poświęceniem, którego niepodobna domagać się od człowieka, który tyle łożył na swoje wykształcenie. Liczba mieszkańców stanowi wprawdzie o potrzebie lekarzy, ale niestanowi wcale o możności utrzymania się ich; do tego oprócz liczby potrzeba dobrobytu mieszkańców i chęci leczenia się; lekarz zaś ma prawo domagać się, aby znalazł w siedzibie swojéj możność istnienia. Zabezpieczenie bytu, czy to przez państwo czy przez gminę, zwłaszcza zbiorową, to *conditio sine qua non* osiedlania się lekarzy po wsiach, zwłaszcza górskich. Wszak lekarz u nas na prowincyi nawet za swoje pieniądze nie znajduje mieszkania przyzwoitego, którego jednak państwo czy gmina dostarczają księdzu, żandarmom itd.

W końcu Billroth porusza konieczność reformy studyjów lekarskich. Nie ulega wątpliwości, a na to wszystkie Wydziały się zgadzają, że ustawa z r. 1872 pod wieloma względami okazala się wadliwą. Rewizyja jéj jest nieodzownie potrzebną. Może nam się nastręczy jeszcze sposobność szczegółowego omówienia zmian, które są pożądanemi. Na teraz poprzestajemy na wskazaniu niektórych najpilniejszych, a temi są:

1. uwolnienie uczniów medycyny od obowiązku składania egzaminów z zoologii, botaniki i mineralogii, w skutek czego pierwszy rok nie będzie stracony dla nauk lekarskich,

2. przywrócenie anatomii, fizyjologii, anatomii patologicznéj, patologii ogólnéj, farmakologii, medycynie sądowéj godności nauk obowiązkowych i nadanie jéj innym naukom, jak np. chemii lekarskiéj,

3. pozwolenie składania egzaminów ścisłych (a tém samém i pierwszego) dopiero po ukończeniu pięciolecia,

4. odbycie praktyki, co najmniéj półrocznéj, w szpitalu przed nabyciem prawa do praktyki prywatnéj,

5. odbycie służby wojskowéj dopiero po ukończeniu studyjów.

„Sprawa tego wymaga", — pod tém hasłem wypowiada Billroth dużo prawd, a w końcu każdego rozdziału streszcza zdanie swoje w postaci katońskiego: *ceterum censeo.* Niechaj i nam wolno będzie pod koniec tego omówienia wypowiedzieć swoje *ceterum censeo*: przedewszystkiém należy znieść czesne! Wiemy aż nadto dobrze, że zdanie to nasze znajdzie wielu przeciwników, ale mimo to nie wahamy wypowiedzieć silne przekonanie, że reformę uniwersytecką rozpocząć należy od zniesienia czesnego. Nie tu miejsce ani czas po temu, aby obszernie przedstawić wszystkie powody, przemawiające przeciw utrzymaniu czesnego i zbić wywody przeciwne, sądzę jednak, że nie jeden zgodzi się z nami, że z bardzo wielu powodów środek ten byłby i słusznym i pożytecznym. Byłby on słusznym, naturalnie tylko pod warunkiem, aby płace były podwyższone odpowiednio do rangi, jaką mają profesorowie, a gdyby mimo to niektórzy profesorowie ponieśli stratę materyjalną, możnaby ją powetować przez rodzaj indemnizacyi; byłby zaś z pewnością korzystnym, bo wtedy zdanie Billrotha, że nie liczba uczniów stanowi o wartości uniwersytetu, lecz jakość ich pracy i wykształcenie, zyskałoby bardzo wielu zwolenników! *L. Blumenstok.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** wzmogła się znów w Budapeszcie i w Tryjeście, podczas gdy w Wenecyi wygasła. Natomiast zdarzył się pierwszy przypadek cholery w Wiedniu. Rzadko kiedy udało się sprawdzić pierwszy przypadek, zdarzający się w większém mieście, z taką dokładnością i pewnością, jak tym razem w Wiedniu. D. 16 bm. przybył pociągiem pospiesznym z Budapesztu urzędnik wyższy kolei na konferencyję Rady kolejowéj. Według jednych cierpiał on już w drodze biegunkę, według innych dopiero za przybyciem do Wiednia uczuł się słabym, jednak przebrawszy się w hotelu, udał się na posiedzenie i w gmachu Tow. kolejowego zaniemógł, tak że lekarz kolejowy odprowadził go pieszo do pobliskiego hotelu. Wnet lekarze sprawdziwszy cholerę polecili przewiezienie chorego do szpitala na Wiedeniu, w którym następnego dnia zrana umarł, a sekcyja, wykonana przez prof. Weichselbauma, oraz następne dochodzenie bakteryjologiczne, sprawdziły cholerę azyjatycką. Natychmiast urząd lekarski miejski zarządził i wykonał najrozleglejsze środki ochronne, a przedewszystkiém ścisłą dezinfekcyję hotelu i gmachu Towarzystwa, oraz zamknięcie na dni kilka lokalności tych i spalenie odzieży i pościeli zmarłego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z błonicy umarło 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 0 (2 z. t.); Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 26 września do 2 października umarło z ospy: w Budapeszcie 42, w Warszawie 1, w Wiedniu 5, w Pradze 2, w Rzymie 5, w Paryżu 2. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 8, w Berlinie 7, w Hamburgu 6, w Paryżu 28, w Lyonie 10, w Londynie 24. Z odry umarło: w Paryżu i Londynie po 11. Z płonicy umarło: w Hamburgu 11, w Hanowerze 34, w Budapeszcie 25, w Londynie 16,

w Odesie 15, w Petersburgu 12. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 20, w Berlinie 45, we Wrocławiu 14, w Dreźnie 11, w Wiedniu 15, w Budapeszcie 17, w Paryżu 20, w Londynie 33, w Chrystyjanii 19. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Londynie 6, w Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 września do 2 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,8; we Lwowie 31,8; w Brodach 38,2; w Drohobyczu 24,8; w Kołomyi 32,6; w Przemyślu 25,2; w Stanisławowie 48,4; w Tarnopolu 42,3; w Tarnowie 24,5; w Czerniowcach 35,7; w Warszawie 32,8; w Poznaniu 23,6; w Budapeszcie 52,2; w Wiedniu 24,4; w Salcburgu 17,6; w Gracu 24,6; w Tryjeście 48,6; w Insbruku 7,1; w Pradze 25,6; w Bernie 39,6; w Ołomuńcu 33,3; w Opawie 23,7; w Berlinie 26,6; we Wrocławiu 30,9; w Gdańsku 26,7; w Dreźnie 28,0; w Hamburgu 30,9; w Kolonii 28,1; w Lipsku 19,0; w Mnichowie 30,8; w Strasburgu 30,6; w Amsterdamie 21,9; w Bazylei 25,6; w Brukseli 31,5; w Chrystyjanii 27,4; w Genewie 20,9; w Kopenhadze 30,4; w Londynie 17,0; w Odesie 38,3 w Paryżu 21,0; w Petersburgu 22,9; w Rzymie 21,1; w Stokholmie 18,8; w Zurychu 12,5.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 października. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Bossowski, asystent kliniki chirurgicznéj, miał wykład zapowiedziany, poczém docent Jaworski w imieniu komisyi przemysłowéj zdał sprawę, doświadczeniami objaśnioną, ze sporządzenia wód higijenicznych burzących.

* Przed kilku dniami wszystkie dzienniki polityczne i niektóre lekarskie w Wiedniu podały wiadomość identyczną, jakoby ze źródła urzędowego pochodzącą, według któréj w miesiącu listopadzie odbyć się ma w Ministerstwie Oświecenia ankieta, w skład któréj wchodzić mieli delegaci uniwersytetów przedlitawskich, celem obradowania nad reformą nauk uniwersyteckich. Oparliśmy się pokusie powtórzenia téj ważnéj wiadomości, a obecnie na podstawie informacyj wiarogodnych możemy oświadczyć, że owo doniesienie jest całkiem bezpodstawném.

* *W. med. Woch.* z rozpoczęciem roku szkolnego zazwyczaj występuje z filipiką przeciw innym narodowościom, zwłaszcza czeskiéj, którą przed innemi umiłowała. Obecnie wykryła nowe wykroczenie, którego dopuścili się równocześnie Czesi i Towarzystwo lekarskie wiedeńskie. W zeszycie 7ym roczników tego Towarzystwa umieszczonych jest aż 5 rozpraw, napisanych przez członków Wydziału lekarskiego z wykładem czeskim w Pradze, podczas gdy zeszyt ten nie zawiera ani jednego wiersza pochodzącego od członka Towarzystwa. A więc winni są Czesi, którzy „tym sposobem przyznają, że idyjom ich reprezentantom nauki nie wystarcza“, winne i Towarzystwo lekarskie wiedeńskie, ponieważ otwiera tym panom furtkę, przez którą przemycają swoje prace do literatury niemieckiéj! Czy redakcyja podniosłaby także oskarżenie o przemytnictwo, gdyby uczeni czescy byli się wdarli przez furtę *W. med. Wochenschrift?*

* **Wiedeń.** W odpowiedzi na podanie wydziału Związku lekarzy rakuskich z d. 9 lipca r. b. o obowiązkowe zaprowadzenie wykładu higijeny a w szczególności higijeny szkół w zakładach kształcących przyszłych nauczycieli i nauczycielki, p. Minister Oświecenia oświadczył w reskrypcie z d. 16 września rb. że od r. 1886/7 obowiązywać będzie w tych zakładach statut, wedle przepisów którego (§§ 24 i 39) życzeniu Związku stanie się dosłownie zadosyć, o ile przy egzaminach żądać się będzie od kandydatów i kandydatek obznajomienia z higijeną szkolną. Odbywaniu wykładów przez lekarzy stoją wprawdzie na przeszkodzie względy dydaktyczne i administracyjne, jednak w przypadkach szczególnych p. Minister postara się o zupełne zaspokojenie potrzeby i w tym kierunku.

Nowo mianowany radcą sekcyjnym w Ministerstwie spraw wewnętrznych, desygnowany następca głównego referenta spraw lekarskich prof. Schneidera, Dr. Emanuel Kusy, liczy lat 42, urodził się w Müglitz na Morawie, pochodzi z familii lekarskiéj, kształcił się w Akademii józefińskiéj, gdzie w r. 1869 uzyskał stopień doktora; aż do r. 1876 był lekarzem wojskowym, późniéj lekarzem powiatowym, a od r. 1886 radzcą namiestnictwa i referentem spraw lek. w Bernie morawskiém. Na téj posadzie położył wielkie zasługi koło służby zdrowia, przeprowadziwszy w Morawie instytucyję lekarzy gminnych, jedynie w tym kraju dotąd istniejącą.

* **Praga czeska.** Z powodu nadchodzącego jubileuszu 25-letniego istnienia Spolek lek. českých rozpisuje 3 nagrody po 100 złot. a., o które ubiegać się mogą uczniowie medycyny oraz lekarze w ostatnich dwóch latach promowani, którzy nadeszlą do końca r. 1887 pracę lekarską napisaną w języku czeskim do tygodnika lub Sbornika lek.

Na uniwersytet czeski zapisało się dotąd 2035 słuchaczów; w szczególności zaś na wydział lekarski 888 zwyczajnych a 13 nadzwyczajnych, na prawniczy 839 zwyczajnych i 2 nadzw.; wreszcie na filozoficzny 187 zwyczajnych, 15 nadzw. i 91 farmacentów. Pomimo, że uniwersytet czeski nie posiada dotąd Wydziału teologicznego, ma on o 800 słuchaczów więcéj niż kompletny uniwersytet niemiecki. Cyfry te są aż nadto wymowne!

* **Nekrologija.** W Krakowie umarł 16 bm. Dr. Michał Hrebenda, em. lekarz powiatowy w Myślenicach, licząc lat 74.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci; Strzemińskiego: Jodol przy owrzodzeniach rogówki; Matlakowskiego: 36 przypadków przetok moczowych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 42: Zagórskiego: Dwie laparotomije; odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu Dujardin-Beaumetza (dok.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 4: Stachiewicza: O wartości leczniczéj wziewań *„Bacterium termo“* w gruźlicy płuc; Szadka: Kilka słów o leczeniu kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań soli jodowych; Widmanna: O ośrodkach w korze mózgowéj.

Redakcyja otrzymała

Dr. L. A. GLUZIŃSKI: Ueber den Einfluss des Alkohols auf d. Function des menschlichen Magens sowol im physiol. wie im pathol. Zustande. Leipzig 1886. (Osobne odbicie z „Archiv. f. klin. Med.“)

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 października 1886. № 44. Rok XXV.

I. Z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera.

W sprawie chłonienia chlorku rtęciowego z roczczynu wodnego przez skórę.

Skreślił

Dr. Leon Kopff,

asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Po opisaniu metody badania przystępuję teraz do opisu samych doświadczeń. Pierwszy szereg doświadczeń wykonaliśmy z chłopcem 16 letnim, wyleczonym ze strupienia głowy, dobrze odżywionym i zupełnie zresztą zdrowym. Zanim przystąpiliśmy do właściwego doświadczenia, uważaliśmy za stosowne wykluczyć wszelkie przypuszczenie, że w ustroju, a zatém i w moczu chłopca, znajduje się już rtęć, która się tam dostać mogła w jakikolwiek sposób nam nie znany. W tym celu poddaliśmy przedewszystkiém na wstępie rozbiorowi chemicznemu mocz prawidłowy chłopca, z 36 godzin zebrany. Badanie, sposobem wyżéj opisanym, nie wykazało ani śladu rtęci. Po téj próbie przystąpiliśmy do właściwych doświadczeń.

D o ś w i a d c z e n i e I. 28/7, 1884. Po dokładném obejrzeniu skóry ramienia, przedramienia i ręki prawéj, i przekonaniu się, że skóra w żadném miejscu nie jest pozbawioną przyskórka, zanurzono całą tę odnogę do wanienki drewnianéj, zawierającéj 14 litrów $1^{0}/_{00}$ roczczynu wodnego (14grm.) chlorku rtęciowego, o ciepłocie 36°C. Wanienkę nakryto płótnem i papierem gutaperkowym najstaranniéj, aby zapobiedz tym sposobem możliwemu ulatnianiu się cieczy i porwaniu przytém w powietrzu cząstek sublimatu. Kąpiel trwała 45 minut. Po kąpieli obtarto szybko a dokładnie całą odnogę i powtórnie przekonano się, że przyskórek nigdzie nie jest uszkodzonym. Aby zapobiedz przypadkowemu przeniesieniu cząstek sublimatu na którąkolwiek z błon śluzowych obmyto zaraz po kąpieli samą rękę wodą przekroploną i nałożono na nią rękawiczkę, którą chłopiec nosił przez kilka godzin, poczém znów polecono mu umyć rękę wodą i mydłem. W ciągu 24 godzin po tém doświadczeniu zebrano do czystego naczynia moczu 1088sz.cm. o cięż. gatunkowym 1.028, białka nie zawierającego. Badanie chemiczne wykonane w dniach następnych nie wykazało ani śladu rtęci. Aby się przekonać, czy przypadkiem jakie czynniki nam nieznane nie były przyczyną ujemnego wyniku doświadczenia, powtórzono je 30/7 jeszcze raz. I znów po przekonaniu się, że przyskórek tym razem na odnodze górnéj lewéj nigdzie nie jest uszkodzonym, zastósowano na tę odnogę w ten sam sposób, jak wyżéj opisano, kąpiel sublimatową z 14 litrów $1^{0}/_{00}$ wodnego roczczynu $HgCl_2$, ogrzanego do 33°C. Kąpiel tym razem trwała minut 65. Moczu w czasie następujących 24 godzin zebrano 1240cm.sz. Mocz o ciężarze gat. 1·021, białka niezawiera. Badanie chemiczne i tym razem rtęci nie wykazało. Wynik zatém doświadczenia pierwszego był ujemnym. Możliwość jednak nie była wykluczoną, że sublimat mógł dłuższy czas pozostać w tkankach skóry i tylko zwolna ulegać chłonieniu. Chcąc się o tém przekonać, zebraliśmy mocz z następnych 24 godzin w dniu zupełnie od doświadczenia wolnym i poddaliśmy go znów badaniu chemicznemu. Moczu było 1350cm.sz. o ciężarze gat. 1.017, białka niezawierającego. Badanie chemiczne i teraz nawet nie wykazało w nim ani śladu rtęci.

D o ś w i a d c z e n i e II. Doświadczenie pierwsze udowodniło nam, że roczczyn wodny $HgCl_2$ $1^{0}/_{00}$ nie przechodzi tak łatwo przez nietkniętą skórę, a przynajmniéj nie przechodzi w takiéj ilości, aby go można nawet bardzo dokładném badaniem w moczu wykryć. Możliwém jednak wydało mi się, że kilkakrotne użycie dzień po dniu kąpieli sublimatowéj jest w stanie przeprowadzić przez skórę do ustroju taką ilość sublimatu, że ta daje się wykryć w moczu. Dla przekonania się o tém, postąpiono z tym samym chłopcem w sposób następujący. 2/8. Zastosowano z temi samemi ostrożnościami co przy pierwszém doświadczeniu kąpiel na odnogę górną prawą z 16 litrów $1^{0}/_{00}$ roczczynu wodnego chlorku

rtęciowego, ogrzanego do 32°C. przez 60 minut. Z 24 godzin następnych zebrano moczu 1180cm.sz. Mocz o cięż. gat. 1.024 białka nie zawiera. 3/8. Na odnodze prawéj, wczoraj do doświadczenia użytéj, nie wykryto żadnych śladów żrącego działania sublimatu. Mimo to jednak dla wszelkiéj pewności zastósowano kąpiel na odnogę lewą górną, po poprzedniém przekonaniu się o całości przyskórka. Kąpiel z ostrożnościami wyżéj opisanemi 16 litrów $1^{0}/_{00}$ rozczynu wodnego chlorku rtęciowego trwała przez 60 minut. Z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1250cm.sz. moczu, o cięż. gat. 1.021. Białka nie wykryto. 4/8. Na palcu średnim ręki prawéj zdarty przyskórek (zanogcica) koło paznogcia. Odnogi lewéj, jakkolwiek nie ma na niéj widocznych uszkodzeń przyskórka, przecież nie chciano użyć do doświadczeń, aby działanie dłuższe sublimatu w krótkich ustępach czasu nie wywołało zadrażnienia skóry. Zastósowano więc kąpiel na obydwie nogi w czystéj drewnianéj putni do wysokości połowy przedudzi. Samo przez się rozumie się, że i tutaj przekonano się o całości przyskórka, i że postąpiono ze wszystkiemi takiemi samemi ostrożnościami, jak przy pierwszém doświadczeniu. Do kąpieli użyto 15 litrów $1^{0}/_{00}$ rozczynu woonego $HgCl_2$, ogrzanego do 33°C. Kąpiel trwała przez 70 minut. Z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1230cm.sz. moczu, o cięż. gat. 1.021, białka niezawierającego. Razem więc z tych trzech dni, w których stósowano kąpiel sublimatową, zebrano moczu 3660cm.sz. Całą tę ilość moczu badano w sposób powyżéj opisany. Znaleziono dość wyraźny nalot szarawy na blaszce miedzianéj, wyraźniejszy na blaszce złotéj, który dał potém wąski, ale wybitnie zabarwiony pierścień jodku rtęciowego. Podobnie jak po doświadczeniu Iém chciano się i tutaj przekonać, czy w moczu z dni następnych po doświadczeniu znajdować się będzie rtęć. W tym celu zebrano z dni trzech (5, 6, 7/8), w których nie robiono doświadczeń, moczu 3985cm.sz., nie przedstawiającego nic nieprawidłowego. Badanie i tym razem rtęci w moczu nie wykazało.

Doświadczenie III. 9/8. Zastosowano z ostrożnościami wyżéj opisanemi kąpiel sublimatową na odnogę górną prawą. Tym razem użyto do kąpieli rozczynu dwa razy mocniejszego, mianowicie 15 litrów rozczynu wodnego $HgCl_2$ w stosunku 1:500 (tj. 30grm. sublimatu na kąpiel). Kąpiel na 30°C. trwała na 60 minut. Skóra po kąpieli okazuje na powierzchni zginaczy lekkie zaczerwienienie, nie przedstawia jednak żadnych widocznych uszkodzeń przyskórka lub wybitniejszych objawów żrążego działania rozczynu sublimatu. Moczu z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1375cm.sz., cięż. gat. 1·017, białka niema. Badanie chemiczne wykazało na blaszce złotéj lekki nalot białawy. Reakcyja z jodem w rurce włoskowatéj nie udała się. Wynik zatém tego doświadczenia jest wątpliwym.

Doświadczenie IV. 11/8. Z ostrożnościami wszystkiemi jak w powyższych badaniach zastosowano kąpiel z 15 litrów wodnego rozczynu chlorku rtęciowego w stosunku 1:500 na odnogę górną prawą. Kąpiel na 34 stopni C. trwała 60 minut. Po kąpieli w miejscach przegubów stawowych zauważano zaczerwienienie skóry, zresztą żadnéj innéj reakcyi. Moczu z 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1470cm.sz. o cięż. gat. 1.014, białka niezawierającego. Ponieważ W. J. użyty do doświadczeń podaje, że po wczorajszéj kąpieli czuł lekkie palenie i swędzenie w skórze ręki lewéj, użyto więc w dniu następnym do doświadczeń obydwóch nóg i zastósowano na nie z wszystkiemi wyżéj opisanemi ostrożnościami kąpiel do wysokości $^1/_3$ dolnéj przedudzi z 12 litrów wodnego $2^{0}/_{00}$ rozczynu $HgCl_2$. Kąpiel o 36°C. trwała przez 70 minut. Moczu w następnych 24 godzinach zebrano 1370 cm.sz. o cięż. gat. 1,017, białka niezawierającego. Na skórze nóg, prócz w miejscach delikatniejszą skórą okrytych, które są lekko zaczerwienione, nigdzie nie widać żadnych objawów mocniejszego zadrażnienia skóry sublimatem. Z dwóch powyższych dni zebrano zatém moczu 2840cm.sz., które poddano razem badaniu na rtęć. Badanie dało wynik dodatni, mianowicie tak na blaszce miedzianéj szarawy wyraźny nalot, jak i na blaszce złotéj wnios metalicznéj rtęci, który następnie dał z parą jodu wybitny pierścień szkarłatnego jodku rtęciowego. Z następnych dwóch dni wolnych od doświadczeń zebrano 2590cm.sz. moczu prawidłowego, w którym rtęci nie znaleziono.

Doświadczenie więc II, IV a po części i III udowodniło nam, że chlorek rtęciowy z rozczynu wodnego, jakkolwiek z trudnością, jednak przechodzi przez skórę fizyjologiczną i daje się w moczu wykryć. Daléj, że rtęć pochłonięta przez skórę bardzo szybko zostaje z ustroju wydaloną, bo w moczu z dni następnych już ani śladu rtęci nie napotykamy.

W literaturze o chłonieniu ciał z rozczynu wodnego nie napotkaliśmy nigdzie wzmianki o doświadczeniach, któreby zmierzały do dokładniejszego oznaczenia ilości ciała, które do ustroju przez skórę się dostaje i z ustroju wydaloném drogą moczu zostało. Ponieważ zaś oznaczenie dokładniejsze ilości rtęci, jaka się tą drogą do ustroju dostaje i nerkami wydzieloną bywa, nie jest przytém pozbawioném i znaczenia praktycznego, postanowiliśmy więc w doświadczeniu następném zająć się tą sprawą.

Doświadczenie V. Do doświadczenia togo użyliśmy chorego J. D., 23-letniego *cum Blenorrhoea chronica urethrae*. Chory ten zresztą zupełnie zdrów, kiły nigdy nie przebywał i rtęci nigdy ani wewnętrznie ani zewnętrznie nie używał. Dla pewności jednak i tutaj przed przystąpieniem do doświadczeń zebraliśmy z dni dwóch moczu prawidłowego 2630cm. sz. i poddaliśmy go badaniu. Badanie to nie wykazało rtęci. 19/8. Po dokładném obejrzeniu i przekonaniu się, że skóra nóg obydwóch jest pokryta zdrowym i nie naruszonym przyskórkiem, zastósowano kąpiel na obydwie nogi do wysokości $^1/_3$ przedudziów, ze wszystkiemi ostrożnościami, jak w powyżéj opisanych doświadczeniach. Do kąpieli użyto 12 litrów rozczynu wodnego $1^{0}/_{00}$ (12grm.) $HgCl_2$. Kąpiel na 34°C. trwała 63 minut. Po kąpieli nie dostrzeżono żadnego zadrażnienia skóry. Moczu z następnych 24 godzin po doświadczeniu zebrano 1550cm.sz. o cięż. gat. 1.017. Na wykrycie białka nie kładziono wagi w tém doświadczeniu z powodu, że indywiduum do doświadczeń użyte cierpiało na rzeżączkę przewlekłą cewki moczowéj. 20/8. Ze wszystkiemi ostrożnościami zwykłemi zastosowano kąpiel na odnogę prawą górną. Z 15 litrów rozczynu wodnego chlorku rtęciowego w stosunku 1:500 t. j. z 30grm. sublimatu. Kąpiel ogrzana do 30°C. trwała przez 72 minut. Po kąpieli prócz lekkiego zaczerwienienia skóry i uczucia lekkiego pieczenia, nie zauważano żadnych innych objawów żrącego działania rozczynu sublimatu. Moczu zebrano 1380 cm.sz. o cięż. gat. 1.021. 21/8. Kąpiel odnogi lewéj górnéj jak poprzednio w 15 litrach rozczynu wodnego $2^{0}/_{00}$ chlorku rtęciowego (30grm.$HgCl_2$) trwała minut 58. Skóra po kąpieli ani w tym, ani w następnym dniu nie przedstawia żadnych uszkodzeń przyskórka lub ważniejszych reakcyj po sublimacie. Moczu zebrano 1580cm.sz. o cięż. gat. 1.018. 22/8. Kąpiel nożna do $^1/_3$ dolnéj wysokości przedudzi, z wszy-

stkiemi ostrożnościami wyżéj opisanemi. Do kąpieli użyto $12\frac{1}{2}$ litra rozczynu wodnego, zawierającego 17grm. chlorku rtęciowego. Kąpiel na 36°C. trwała 60 minut. Reakcyja skóry po kąpieli ogranicza się do miernego zaczerwienienia i lekkiego uczucia palenia. Moczu zebrano w ciągu 24 godzin 1320cm.sz. o cięż. gat. 1.026. Ogółem zebrano w ciągu dni czterech doświadczalnych moczu 5830cm.sz.

W celu oznaczenia ilościowego rtęci postępowaliśmy w sposób następujący. Podobnie jak w poprzednich doświadczeniach zniszczyliśmy części organiczne chloranem potasowym i kwasem chlorowodowym. Po odparowaniu, celem wydalenia nadmiaru chloru i po rozpuszczeniu osadu wprowadzaliśmy do przesączu zakwaszonego kwasem chlorowodowym gaz kwasu siarkowodowego przez 24 godzin. Osad powstały wraz z sączkiem z czystéj szwedzkiej bibuły niszczyliśmy wodą królewską. Po odparowaniu do suchości tego rozczynu na łaźni wodnéj, rozpuszczaliśmy osad w małéj ilości wody, zobojętnialiśmy i zaprawiali w odpowiedniéj ilości sinkiem potasu. Do tak przyrządzonego płynu wprowadzaliśmy znów przez 24 godzin H_2S. Osad powstały zbieraliśmy na sączku małym z bibuły szwedzkiéj, wysuszonym i odważonym poprzednio dokładnie; obmywaliśmy go wodą przekroploną i następnie suszyliśmy w łaźni powietrznéj między dwoma szkiełkami zegarowemi przy 110°C., dopóki tylko waga stwierdzała ubytek na ciężarze. Następnie po ostudzeniu nad kwasem siarkowym zgęszczonym odważyliśmy siarczku rtęciowego (HgS) 0.0023grm. co odpowiada 0.0019grm. czystéj rtęci (Hg), czyli 0.0025grm. chlorku rtęciowego ($HgCl_2$). Podobnie jak w poprzednich badaniach w celu przekonania się, czy rtęć czas dłuższy w ustroju nie pozostaje, zebraliśmy z następnych trzech dni (23, 24, 25/8) wolnych od doświadczeń moczu 4370cm.sz., który znów poddaliśmy badaniu chemicznemu na rtęć. Wynik badania i tym razem był zupełnie ujemnym.

Doświadczenie VI. Parissot, którego prace o przechodzeniu ciał przez skórę i teoryja chłonienia przez skórę swojego czasu wiele rozgłosu między fizyjologami zyskały, twierdzi, że skóra nie posiada własności chłonienia dla tego, że jest pokryta warstwą tłuszczu nie przepuszczalnego, wydzielanego ustawicznie z gruczołów łojowych. Po usunięciu téj przeszkody mają przechodzić z łatwością przez skórę rozczyny wodne wszelkich soli. Zdanie to zdaje się także podzielać Hébert. Ponieważ to twierdzenie zdawało mi się mieć nietylko wartość czysto teoretyczną, ale także i znaczenie praktyczne, postanowiłem sprawdzić go w następnych dwóch doświadczeniach. W tym celu u osobnika tego samego, który nam do poprzedniego doświadczenia służył, obmyliśmy odnogę całą lewą górną nasamprzód wodą letnią i mydłem, a po obsuszeniu następnie mięszaniną złożoną z równych części wyskoku, eteru i chloroformu. Po dłuższéj chwili, gdy już mieliśmy podstawę przypuszczać, że nawet te części téj mięszaniny, któreby się do głębszych warstw przyskórka dostały, miały już czas ulotnić się, obmyliśmy jeszcze raz całą odnogę wodą letnią i mydłem, a przekonawszy się, że przyskórek na całéj powierzchni nie okazuje nigdzie żadnych widocznych uszkodzeń, przystąpiliśmy do kąpieli sublimatowéj, którą zastosowaliśmy ze wszystkiemi ostrożnościami, przy pierwszém doświadczeniu już opisanemi. Użyliśmy do niéj 15 litrów rozczynu wodnego 1°/₀₀ chlorku rtęciowego (15grm.$HgCl_2$) ogrzanego na 33°C. Kąpiel trwała 60 minut. Po kąpieli zauważyliśmy lekkie zaczerwienienie skóry, a chory podawał, że czuje w niéj rodzaj palenia i szczypania. Zresztą żadnych innych objawów żrącego działania sublimatu. Z następujących po kąpieli 24 godzin zebraliśmy 1750cm.sz. moczu o cięż. gat. 1.016. Badanie chemiczne wykazało na blaszce złotéj wyraźne ślady wniosu metalicznego rtęci, a z jodem słabo zabarwiony pierścień żółtawo czerwony jodku rtęciowego.

Doświadczenie VII. W doświadczeniu tém przystąpiono podobnie jak w poprzedniém, starano się tylko zebrać do badania większą ilość moczu, stosując kąpiel w dwóch dniach z rzędu. 29/8. Po obmyciu odnogi prawéj górnéj, jak w doświadczeniu poprzedniém, zastosowano kąpiel sublimatową z 15 litrów rozczynu wodnego 1°/₀₀, zawierającą zatém 15grm. $HgCl_2$. Kąpiel na 26°C. trwała przez 50 minut. Po kąpieli lekkie zaczerwienienie skóry, zresztą objawy zadrażnienia nawet mniejsze niż w poprzedniém doświadczeniu. Z 24 godzin następnych zebrano moczu prawidłowego 1580cm.sz. o cięż. gat. 1.021. 30/8. Kąpiel tak samo z obmyciem odnogi, tym razem lewéj. Do 15 litrów wody przekroplonéj dano 15grm. chlorku rtęciowego. Kąpiel ogrzana na 28°C. trwała 65 minut. Objawy zadrażnienia skóry sublimatem bardzo nieznaczne, tak jak w dniu poprzednim. Moczu zebrano z 24 godzin po tém doświadczeniu 1530 cm. sześc. o ciężarze gat. 1.031. Razem użyto do badania chemicznego na rtęć moczu 3110cm.sz. Badano jak w poprzednich doświadczeniach, tylko że płyn przeznaczony do ostatecznego wykazania rtęci podzielono na dwie części. W pierwszéj wykazano rtęć na blaszce miedzianéj w postaci nieznacznego szarawego nalotu, który późniéj o wiele wybitniéj wystąpił w postaci wniosu metalicznego na blaszce złotéj, a następnie dał dość wyraźną reakcyję z jodem, tworząc żółto-szkarłatny pierścień jodku rtęciowego. Do drugiéj części płynu dodano chlorku cynawego i otrzymano również reakcyję w postaci nieznacznego osadu szarawego. (Dok. n.)

II. Dodatek do artykułu o szwie kostnym w przypadkach świeżego złamania rzepki.

Podał Dr. Bogdanik w Biały.

Szan. czytelnicy Przeglądu Lekarskiego przypomną sobie przypadek poprzecznego złamania rzepki, opisany tamże w Nrze 17 i 18 z r. 1885, który leczyłem według metody Listerowskiéj przez spojenie odłamków drutem srebrnym. Mimo podeszłego wieku pacyjenta, który liczył lat 64, zupełnie zadowolić się należy wynikiem leczenia, gdyż, jak w owéj rozprawie nadmieniłem, zginał kolano do kąta 60°, potrafił chodzić po schodach i ujść z łatwością 2 kilometry. Stan ten z biegiem czasu znacznie się poprawił, bo zginanie kolana doszło do kąta prostego a chory odbywał wycieczki dość utrudzające. Tak np. w ciągu pół dnia odbył drogę z Biały do góry św. Józefa około 8 kilometrów odległéj, następnie wspiął się na szczyt góry wzniesiony 913 metrów ponad poziom morza i znowu pieszo powrócił do domu.

Szan. Czytelnicy owéj rozprawki przypomną sobie również wypowiedziane tamże zdanie: „Między odłamkami nastąpiło spojenie silne, zdaje się kostne“. Do tak oględnego wyrażenia się skłoniła mnie okoliczność, że niektórzy autorowie twierdzą, iż przy poprzecznem złamaniu rzepki zrost kostny nastąpić nie może. Tego zdania między innymi jest Cooper (*Chirurg. Handbibliothek*, T. XVI, 1837, str. 139) a na stronnicy 143 w przytoczoném dziele pisze, że wprawdzie w takim razie, jeżeli torebka nie jest przedartą i odłamki szczelnie przylegają, spojenie kostne

prędzéj byłoby możebne, jednakże i wtedy wątpi o tém. Miał bowiem sposobność badania dwóch rzepek, w których się zdawało, że nastąpił zrost kostny, jednakże już po krótkiéj maceracyi spostrzeżono przesuwalność odłamków. To samo twierdzi Hueter (*Grundriss d. Chirurgie*, 1882, II połowa, str. 955) i inni. Jako przyczynę tego podaje Cooper gąbczastą budowę rzepki, szeroką płaszczyznę chrzęstną, wpływ silnych mięśni, i tę okoliczność, że kostnienie rzepki z natury bardzo powoli następuje. Prof. Rosenbach zaś sądzi, iż wsuwanie się części miękkich między odłamki rzepki przeszkadza zrostowi kostnemi (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1883, Nr. 20). Przez zeszycie odłamków znieść można wpływ mięśni, przy tym sposobie leczenia również usunąć można części miękkie z pomiędzy płaszczyzn złamania, odłamki zbliża się dokładnie i unieruchomienie jest zupełne a zatém w tym razie są idealne warunki do leczenia złamanéj kości, przeto zrost kostny nastąpić powinien. W moim przypadku byłem uprawniony do przypuszczenia, że zrost kostny nastąpił, gdyż nie można było wymacać przerwy ciągłości między odłamkami ani ich nie można było przesunąć. Przypomnę tu jeszcze, iż druty spajające odłamki wyjąłem dopiero po upływie 6 tygodni a późniéj jeszcze przez 2 tygodnie chodził chory w przyrządzie gipsowym.

Gdy tedy po upływie półtora roku operowany umarł w skutek opadowego zapalenia płuc a ordynaryjusz jego kol. Kupka zezwolenie rodziny zmarłego uzyskał, otwarłem staw kolanowy i wydobyłem złamaną rzepkę. I pokazało się, że mimo użycia jak największéj siły odłamki ani z przodu ku tyłowi ani z boku na bok przesunąć się nie dają. Przepiłowałem zatem rzepkę podłużnie t. j. w kierunku osi ciała. Między odłamkami rzepki znajduje się wąziutka smuga, bo ledwie 1mm. wynosząca barwy białéj o zbitości chrząstki. Próbowałem teraz przesuwalności odłamków ponad sobą i wtedy udały mi się nieznaczne ruchy z przodu ku tyłowi. Spojenie kostne zatém nie nastąpiło mimo to, iż przestrzeń między odłamkami była nieznaczna, że części miękkich pomiędzy nimi nie było, i że od złamania do oględzin pośmiertnych stosunkowo dość dużo czasu upłynęło, bo półtora roku, zatém przestrzeń czasu do kostnienia zupełnie wystarczająca. Może jednak w tym przypadku podeszły wiek chorego był przyczyną, że kostnienie nie nastąpiło? Podobne przypuszczenie nadwątliła następująca próba. Czytelnikom méj rozprawki wiadomo, iż prócz złamania poprzecznego rzepki na granicy dolnéj $^1/_3$ części, dolny odłamek jeszcze kilkakrotnie złamany był podłużnie, któreto odłamki jednak częściami miękkiemi ze sobą były spojone. Przepiłowałem zatém dolną część rzepki poprzecznie i przekonałem się, iż w miejscach złamania podłużnego wytworzyła się silna blizna kostna i że nie ma śladu kanałów w kości wywierconych, przez które przeprowadziłem druty.

Aby skończyć opis rzepki nadmienić jeszcze winienem iż po oddzieleniu części miękkich od przedniéj powierzchni kości widać było małe zagłębienie w miejscu spojenia odłamka górnego z dolnych a na powierzchni tylnéj w dolnéj części rzepki znalazłem ubytek kości, tworzący dwa zagłębienia. Jedno z nich jest téj wielkości, że weń włożyć można połowę dużego ziarnka grochu, zaś w drugie nieco większe połowę orzecha laskowego. Zagłębień tych podczas operacyi nie spostrzegłem. Nadto znalazłem w stawie kolanowym przy oględzinach pośmiertnych błony rzekome dosyć w tłuszcz obfitujące, których to błon podczas operacyi nie było i które niewąpliwie się wytworzyły w skutek urazu. Były one przyczyną upośledzonéj ruchomości w stawie kolanowym, w którym zginanie tylko do kąta prostego było możebne.

Spostrzeżenia te były dla mnie dostateczną zachętą, aby się niemi z kolegami podzielić, bo w obec tego, że złamania rzepki nader są rzadkie (sądzę, że przypuszczenie, iż stanowią 1% wszystkich złamań, jest jeszcze zanadto wygórowaném) a oględziny pośmiertne jeszcze rzadziéj się zdarzają, przeto każdy przypadek już dla swéj rzadkości ma pewną wartość. Na podstawie tego przypadku można stanowczo twierdzić, że dopiero oględziny pośmiertne upewniają, że zrost kostny nastąpił, choćby za życia wszystkie objawy za tém przemawiały. W obec tego w swém zestawieniu statystyczném obejmującém 99 przypadków poprzecznego złamania rzepki a leczonych przez zeszycie odłamków należy jeszcze wszędzie znak zapytania, gdzie operator podał, iż nastąpił zrost kostny. Tém samém należałoby podać w wątpliwość twierdzenie chirurgów, którzy przy leczeniu bez spojenia odłamków osiągnąć mieli zrosty kostne, a takich twierdzeń jest w ostatnich czasach dość dużo, szczególniéj ze strony angielskich chirurgów, którzy odmówić chcą racyję bytu krwawemu leczeniu tych złamań. To też Astley Bloxam, zwolennik operacyi podaje, że dokładne zbliżenie odłamków jest koniecznym warunkiem dla osiągnięcia zrostu kostnego, które tylko rzadko osiągnąć można przy innym sposobie leczenia (*The Lancet*, 3 lipca, 1886). Na poparcie tego zdania brak jednak oględzin pośmiertnych, które pytanie to rozstrzygnąć mogą, a o ile wiem jedyny dotąd przypadek, który niniejszém opisałem, dał w tym kierunku wynik ujemny.

Natomiast podaje Koenig w swym podręczniku chirurgii szczegółowéj, iż jest pewna ilość złamań rzepki, w których zrost kostny przez oględziny pośmiertne stwierdzono. Jakkolwiek nie podaje, czy to się odnosi do złamań poprzecznych, jednak ze związku to wynika. Również, o ile mnie się zdaje, były to przypadki leczone przyrządami. D. 7 stycznia r. b. okazał również Vincent Jackson na posiedzeniu *Wolverhampton and district medical society* rzepkę, którą sobie chory przed kilku laty złamał poprzecznie i spojenie kostne nastąpiło, jakkolwiek rzeczone złamanie leczono przyrządami (*The Lancet* 6go lutego, 1886). Przypadek ten jest niewątpliwy, tego samego jednak nie można powiedzieć o czterech przypadkach leczonych przyrządami gipsowemi, które opisano a jeden z nich nawet przedstawiono na posiedzeniu *medical society* w Londynie w dniu 12 kwietnia 1886, bo brak jeszcze oględzin pośmiertnych.

Zadaniem niniejszéj pracy nie jest rozstrzygnięcie pytania, czy szew kostny w tém złamaniu jest usprawiedliwionym zabiegiem operacyjnym, czy też potępić go należy i leczyć przyrządami; zacięty ten spór jednak w kierunku méj pracy dostarcza obfitego materyjału i spożytkować się da. Już Astley Cooper doświadczeniami na zwierzętach okazał, iż zrost kostny po poprzeczném złamaniu następuje, jeżeli ani okostna ani torebka stawowa nie była naruszoną. W niektórych przypadkach u ludzi to się przydarza, choć odłamki od siebie są oddalone i tu nasuwa się logiczny wniosek, że to będą owe przypadki szczęśliwe, oględzinami pośmiertnemi stwierdzone, gdzie zrost kostny nastąpił. Tego warunku nie było w mym przypadku, nie było w żadnym przypadku, gdzie szew kostny założono. Skrzętne notowanie każdego takiego przypadku jest zatém pożądaném, aby to przypuszczenie potwierdzić.

III. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Brunner: **O leczeniu złamań poprzecznych rzepki i wynikach ostatecznych takowego.**

Autor pobieżnie tylko traktuje przypadki powikłanego złamania rzepki, gdyż w obec otwartego stawu kolanowego wskazania lecznicze są jasne. Głównie natomiast zajmuje się daleko częstszemi przypadkami podskórnego złamania poprzecznego. Zamierza rozstrzygnąć tylokrotnie w ostatnich latach roztrząsaną kwestyję, czy w świeżych przypadkach podskórnego złamania rzepki poprzecznego należy w zasadzie posługiwać się metodami krwawego czy bezkrwawego leczenia, jakoteż któréj z tych dwóch głównych metod należy dać pierwszeństwo w przypadkach zadawnionych. Zestawia w tym celu w znacznéj części dokładne historyje chorób z przypadków leczonych w klinice zurychskiéj w ostatnich 25 latach przeważnie metodami bezkrwawemi i porównywa następnie wyniki w ten sposób otrzymane z wynikami otrzymanemi przez innych chirurgów, leczących te przypadki sposobami krwawemi.

W klinice zurychskiéj leczonych było przypadków podskórnego, poprzecznego złamania rzepki, połączonego z rozstępem odłamków 31. 29 razy przybyli chorzy do kliniki w pierwszych zaraz dniach po uszkodzeniu, prawie zawsze ze znacznêm obrzmieniem stawu kolanowego. Z wyjątkiem jednego przypadku były zresztą wszystkie leczone w sposób bezkrwawy. Z licznych metod bezkrwawych posługiwano się głównie 3ma sposobami: 1) przez czas, w którym Billroth był kierownikiem kliniki używano sposobu następującego: odłamki zbliżano do siebie paskami plastru przylepnego na kolanie wyprostowanêm, a następnie założywszy na wyprostowanéj odnodze ze zbliżnionemi za pomocą plastrów odłamkami opatrunek gipsowy, układano odnogę wysoko; opatrunek ten zmieniano 3—4 razy; 2) za czasów Rosego obok metody powyższéj używano, i to najczęściéj, metody Rosera, tj. założywszy na wyprostowanéj odnodze opatrunek gipsowy sięgający od więzadła Pouparta aż do palców u stopy, wycinano po nad rzepką czworokątne okno, aby przez nie módz stopniowo do siebie zbliżać odłamki przez wsuwanie kawałków waty pomiędzy opatrunek a górny odłamek; 3) Krönlein wreszcie używa jeszcze obecnie w przypadkach złamania poprzecznego ze znacznym rozstępem odłamków, celem zbliżenia tychże do siebie, klamry Malgaigna z modyfikacyją Trélata, polegającą na têm, iż haków klamry nie wbija się wprost w odłamki rzepki lecz w płytki gutaperkowe, którym się uprzednio nadaje kształt odłamków a następnie umocowuje na nich.

Wszystkie te metody mają na celu przybliżenie odłamków do siebie, stósowano je przeto dopiero wtedy, gdy obrzęk w stawie w znacznéj części był ustąpił, a następowało to w opisanych przypadkach średnio po 8miu dniach ciągłéj aplikacyi lodowych okładów na odnogę ułożoną na szynie rynienkowatéj. W przypadkach, gdzie rozstęp odłamków był nieznaczny, ograniczano się do opatrunku gipsowego. Raz usiłowano za pomocą punkcyi usunąć obrzęk większych rozmiarów, nie zdołano jednak wydobyć więcéj niż kilka kropel krwi.

Śledząc przebieg i ostateczny rezultat po têm leczeniu znajdziemy co następuje: O cyfrze śmiertelności w obec zaniechania wszelkich zabiegów operacyjnych naturalnie mowy nie ma. We wszystkich prawie przypadkach niepowikłanych ciepłota bywała normalną. Całkowita resorpcyja wysięku następowała średnio po 8—14 dniach, adaptacyja odłamków mogła już być poczętą po 8miu dniach. Zrośnięcie odłamków następowało średnio po dniach 40. 27 razy zrost był łącznotkankowym, 2 razy, o ile to się *in vivo* da stwierdzić, kostnym. Szerokość blizny łączno-tkankowéj wahała się w granicach między 2 mm. a $1\frac{1}{2}$ cm., w kilku przypadkach stwierdzić się dawała tylko wąska szparka w chwili wypuszczenia chorych z kliniki. Chorzy pozostawali w klinice średnio przez 9—10 tygodni. Chodzić poczynali 60—70 dnia, o odnodze w kolanie wyprostowanéj. Chorych opuszczających klinikę zaopatrywano zrazu w szynę z blachy, którą mieli nosić rok cały; a to w celu uniknięcia wszelkiego zginania w stawie kolanowym. Obecnie przekonawszy się, iż chorzy tacy szyny téj nie nosili, wypuszcza się ich z opatrunkiem ze szkła wodnego.

Funkcyja odnogi choréj w chwili wyjścia z kliniki przedstawiała się u przeważnéj części chorych tak, iż byli oni w stanie chodzić najczęściéj bez kuli i bez laski, o kolanie niewiele jeszcze zginać się dającêm. Z 30 przypadków bezkrwawo leczonych, autor zdołał w 24 zasięgnąć bliższych wiadomości o dalszym losie tych chorych, u 14 nawet badany był w klinice stan ich po upływie rozmaicie długiego czasu, bo od $\frac{1}{2}$ do 17 lat. Z tych 24, 19tu wróciło po upływie $\frac{1}{2}$ roku do swéj dawnéj pracy zawodowéj, 2ch będących w późniejszym wieku (66 i 76 lat) zaniechało jéj, jeden z przyczyny trwałego unieruchomienia stawu doznawał nie małéj przeszkody w wykonywaniu pracy, jeden wreszcie zmuszony był zmienić zawód ciężki pokrywacza dachów na lżejszy parobka. Z pomiędzy tych 14 bliżéj badanych, 12 chodziło po równéj pozioméj drodze, tak, iż zaledwie ślad różnicy w ruchach obu odnóg dawał się spostrzedz. W jednym chód utrudniony był z powodu wyż już wzmiankowanéj ankilozy, w jednym z powodu *arthritis deformans*. Wreszcie co do 10 pozostałych chorych, o których tylko listownie wiadomości zasięgnąć można było, dowiedziano się, iż w 4 przypadkach chód był lekko utykającym.

Władza czynnego prostowania odnogi była wśród tych bliżéj obserwowanych przypadków 10 razy zupełnie prawidłową, 3 razy tylko do kąta 170°. Zginanie w kolanie równa się w chwili wyjścia chorych ze szpitala prawie zeru, wracała powoli i w ciągu lat stawała się coraz większą, tak że w przypadkach badanych w 10—13 lat po uszkodzeniu kąt największego zgięcia dochodził do 45°.

Lepsze lub gorsze zginanie i wyprostowanie odnogi w kolanie odbijać się naturalnie muszą w chodzeniu po drodze nierównéj, pochyłéj a więc i po schodach tak w górę jak i z góry na dół.

Badając dalszy los blizny łączącéj odłamki rzepki znaleziono w jednym przypadku, w którym w chwili wypuszczenia chorego z kliniki zrost był ścięgnisty, po latach 10 zrost kostny, w 13 pozostałych stwierdzono 2 razy złamanie ponowne jednego z dawnych odłamków, pęknięcia blizny włóknistéj nie stwierdzono ani razu. Natomiast znajdowano często bliznę tę rozciągniętą, nierzadko w dwójnasób, blizna stała się przez to cieńszą, wiotszą, a zmiana ta poczynała się z chwilą stawienia pierwszych kroków odnogą chorą i zwiększała się z biegiem lat.

Odnośnie do wpływu rozciągnięcia blizny, czyli co na

jedno wyjdzie, powiększenia rozstępu odłamków na czynność odnogi autor stwierdza, iż w 3 przypadkach, w których wynik czynnościowy był znakomity, rozstęp wynosił 1—1½ cm., a w jednym przypadku mimo daleko jeszcze znaczniejszego oddalenia odłamków, bo wynoszącego 5 cm., funkcyja była tylko nieznacznie upośledzoną, albowiem odnoga mogła być do 170° prostowaną i *ad maximum* zginaną.

Ciekawém jest zachowanie się mięśni uda, a w szczególności mięśnia wyprostnego cz. czterogłowowego. Jeszcze wśród leczenia świeżego złamania spostrzedz można już po krótkim czasie, iż mięsień zwiotczał a zarysy jego podczas skurczu straciły na wydatności. Obwód uda po stronie złamania może już w 4 tygodnie po uszkodzeniu o 6 cm. być mniejszy niż uda zdrowego. Również i po latach stwierdzono we wszystkich przypadkach z wyjątkiem tylko jednego, pomniejszenie obwodu uda po stronie złamania i to tém większe, im szerszą była blizna, czyli im większe oddalenie odłamków. W przypadkach wybitnych, tj. gdzie miara okazuje różnicę obwodów = 4½—5 cm., daje się wychudnienie już wolném okiem łatwo stwierdzić.

Od szerokości blizny łączącéj odłamki okazuje się, podobnie jak stopień zaniku mięśni, również zależnym stopień zginania odnogi. A jednak dziwna, we wielu przypadkach mimo znacznego bardzo oddalenia odłamków chory prostuje odnogę prawie zupełnie a czynność w ogólności mało jest upośledzoną.

Że przy znacznym rozstępie odłamków czynność odnogi jest upośledzoną a względnie prostowanie w kolanie nie może się odbywać do prawidłowéj granicy, jest rzeczą jasną: mięsień stał się dłuższym, punkty przyczepienia pozostały te same; aby wywołać ten sam efekt, musi siła skurczu jego być tém większą, im większą jest różnica między długością jego obecną a poprzednią. Mięsień może się jednak odpowiednio skrócić i osiągnąć przez to swe dawne napięcie; jeżeli to nastąpi, wtedy czynność odnogi a względnie prostowanie w kolanie może mimo znacznego rozstępu odłamków wrócić zupełnie lub prawie do prawidła, gdy zaś retrakcyja mięśnia wyprostnego nie nastąpi a rozstęp odłamków jest znaczny, czynność odnogi może być do tego stopnia upośledzoną, iż chodzenie staje się niemożebném.

Autor przyznając mięśniom prostującym ważną rolę w sprawie gojenia złamań poprzecznych rzepki a raczéj powrotu odnogi do prawidłowéj funkcyi, radzi, aby je na przyszłość więcéj uwzględniano niż to dotychczas czyniono, a mianowicie poleca szybko rozwijający się zanik w skutek unieruchomienia dłuższego zwalczać przez elektryzowanie prądem przerywanym. Warto przytoczyć za autorem przypadek Guyona, w którym złamanie rzepki poprzeczne zagojone było blizną łącznotkankową na 4 cm. szeroką, zanik mięśnia prostującego znaczny, mięsień całkowicie porażony, funkcyja jak najgorsza, po 2-miesięczném leczeniu prądem przerywanym mięsień nie tylko że się kurczył, ale kurczył się silnie a chory szedł prawie nie utykając.

Kończąc uwagi swe nad przypadkami leczonemi bezkrwawo w klinice zurychskiéj nadmienia B., iż w przypadkach badanych lata całe po uszkodzeniu ani razu nie stwierdzono wysięku w stawie, ani też chorzy nie podawali, jakoby kiedykolwiek staw im miał obrzmieć; odpada więc zarzut czyniony przez zwolenników punkcyi stawu, jakoby po urazowém wynaczynieniu do stawu a samém sobie pozostawioném miała powstawać chroniczna puchlina stawu. (Dok. n.)

(β) **Gaza jodoformowa Billrotha** według Ghillanyego, za rządcy apteki w szpitalu powszechnym wiedeńskim, przygotowuje się w następujący sposób:

Glycerin. 500 grm.
Colophon. 1000 grm.
Spir. vini rectificatiss. 10,000 grm.
Jodoform. pulv. subtiliss. 4 grm. na 200 metrów wybielanéj organtyny. (*Allg. medic. Central Ztg.* 1886, 69).

Okulistyka.

Abadie: **O niektórych własnościach zapalenia nerwu wzrokowego skutkiem obrzęków mózgowych.**

Zapalenie to, zazwyczaj typowe, może się łączyć niekiedy z rozlaném zapaleniem siatkówki dokoła tarczy n. wz. z wypocinami ograniczonemi, białawemi i lśniącemi, które mogłyby nasunąć podejrzenie zapalenia siatkówki pochodzenia nerkowego. Naodwrót spostrzegać można w przypadkach zapaleń siatkówki skutkiem zapalenia nerek śródmiąższowego, oprócz zwykłych zmian w siatkówce, także zapalenie tarczy n. wz., wzbudzające podejrzenie, że obrzęk mózgowy jest jego przyczyną. Celem uniknięcia pomyłek w rozpoznaniu tych trudnych przypadków zwracać należy uwagę na następujące okoliczności. W tych nawet przypadkach, w których zapalenie n. wz. wywołane przez obrzęk mózgowy łączy się z zapaleniem siatkówki z wypocinami, uderza w obrazie wziernikowym przedewszystkiém zapalenie tarczy, którego objawy górują, podczas gdy zmiany siatkówkowe są mniéj wybitne, a plamy wypocinowe porozrzucane bezładnie nie tworzą plamki żółtéj figury gwiazdkowatéj, cechującéj zapalenie siatkówki pochodzenia nerkowego. Jeżeli przeciwnie w przypadku cierpienia ocznego, wywołanego przez zapalenie nerek, wystąpi, prócz zwykłych zmian siatkówkowych, także i zapalenie tarczy, odgrywa ono rolę podrzędną, nie dochodzi nigdy do bardzo wysokiego stopnia, a natomiast uderza badacza najmocniéj cechujące wejrzenie plamki żółtéj. Jeżeli nareszcie w przebiegu cierpienia mózgowego, którego przypady zdają się przemawiać za obrzękiem, wystąpi nadwerężenie wzroku, mogące się nawet wzmódz do zupełnéj ślepoty, to nawet w takim razie, gdy się nie znajdzie zapalenia n. wz., lecz proste tylko, nieznaczne przekrwienie, po którém wytwarza się zanik zwolna postępujący, nie można z tego wnosić, że nie ma obrzęku mózgowego. Wolno jedynie przypuścić, że obrzęk zamiast się ograniczyć i na szypułce osadzić zajął w sposób rozlany mniéj lub więcéj rozległą część istoty mózgowéj. (*Union médicale*, maj 1886. *Annal. d'Oculist.*, lipiec, sierpień, 1886). *Rydel.*

Fr. Rückert: **O zapaleniu, spojówki, tęczówki i stawów na tle rzeżączkowém.**

Odkąd okulistyka poczęła bardziéj uwzględniać ogólny stan chorych i poszukiwać związku przyczynowego chorób ocznych z innemi stanami chorobowemi, mnożą się spostrzeżenia wykazujące, jak często oko bierze udział w cierpieniach nieraz odległych części ciała.

W ostatnich czasach ogłoszono przypadki t. z. rzeżączkowego zapalenia spojówki bez przyrzutu. U osób z rzeżączką bądź ostrą bądź przewlekłą rozwija się obustronne zapalenie spojówek tak powiekowych jak gałkowych z przebiegiem dość łagodnym, z wydzieliną przeważnie śluzową. Związek zaś z cierpieniem pierwotném uwydatnia się tak jasno, że z każdym nawrotem rzeżączki pojawia się zapalenie spojówek, często nawet równocześnie z wybuchem rzeżączkowego zapalenia stawów.

Przed kilku tygodniami ogłosił R. przypadek obser-

wowany w klinice prof. Sattlera w Erlandze, który na tém większą zasługuje uwagę, że w zależności od rzeżączki kilkakrotnie nabytéj występowała nietylko *conjunctivitis* ale i *iritis*, a nawet *iridocyclitis* obok zapalenia stawów. W r. 1882 nabawia się pacyjent R. rzeżączki, wśród téjże zapalenie spojówek i stawów. Po 2 latach zakażenie powtórne, w ślad za niém zapalenie stawów kolanowych i zapalenie tęczówki oka pr. W r. 1885 trzecia z rzędu rzeżączka i znowu obustronne zapalenie spojówek i stawów, tym razem zaś nadto zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego oka pr. Nieco późniéj recydywa rzeżączki a za nią *iridocyclitis* oka lewego. I tak aż do końca r. 1885 po kolei zapalenie spojówek, tęczówki, ciałka rzęskowego i stawów, i zawsze w towarzystwie albo świeżéj albo odnawiającéj się rzeżączki. Przebieg tych zapaleń, wyjąwszy zapalenie spojówki, był w ogóle ciężki, na uwagę zasługuje tylko mała skłonność wysięków do organizacyi. Z tém wszystkiém na prawém oku nie odzyskał już chory normalnéj bystrości wzroku a to skutkiem licznych nawrotów *iridocyclitis* mimo ochronnéj iridektomii. Na przebieg sprawy zapalnéj w stawach kwas salicylowy zgodnie z innemi spostrzeżeniami nie okazał najmniejszego wpływu.

Jak pojmować te cierpienia oka na tle rzeżączki, tego autor nie kusi się tłumaczyć, przeczy tylko stanowczo, jakoby to zapalenie spojówki polegało na prostém przeniesieniu zarazka rzeżączkowego na spojówkę, temu bowiem nie odpowiada ani łagodny przebieg, ani obustronne, prawie równoczesne zajęcie obu ócz; przeciw przypuszczeniu zaś, jakoby dobrotliwość przebiegu mogła być skutkiem złagodzenia zarazka, przemawia fakt, że zapalenie to właśnie w ostrym okresie rzeżączki najczęściéj się zdarza, gdzie o złagodzeniu jadu nie może być jeszcze mowy. *(Klin. Mbltt f. Augenhk.* 1886, wrzesień).

Do nie licznéj kazuistyki tego dotąd świeżego przedmiotu mogę dodać przypadek, który w sierpniu br. miałem sposobność obserwować w klinice czcigodnego mego b. szefa Dra W i c h e r k i e w i c z a w Poznaniu. Na dwa tygodnie przed zgłoszeniem się do zakładu nabawił się p. P. W. rzeżączki, dwa dni zaś przed przybyciem po poradę poczuł zrana silny ból i pieczenie w obu oczach, przyczém powieki szybko obrzmiały. Znalazłem powieki znacznie obrzękłe, dość obfitą wydzielinę przeważnie jednak śluzową, z małą tylko domieszką ropy, spojówki powiek dolnych i załamków górnych rozpulchnione, żywo czerwone, spojówki gałkowe w stanie silnego przekrwienia ale bez znamion *chemosis.* Zmiany te w równym stopniu znajdowały się na obu oczach. Z cewki moczowéj wydobywała się obficie ropa. Nie znając jeszcze wówczas pracy Haltenhoffa, ani późniéj dopiero ogłoszonéj Rückerta, sądziłem zrazu, że mam do czynienia z rozwijającém się zakażeniem rzeżączkowém, mimo, że względnie małe nasilenie objawów nielicowało z 2-dniowém trwaniem cierpienia. Ku temu też zdążało leczenie, polegające na wkraplaniu sublimatu 2‰₀ co ½ godz. i stosowaniu okładów zimnych. Zdziwienie moje było nie małe, gdy wbrew oczekiwaniu objawy już drugiego, a bardziéj jeszcze 3go dnia znacznie złagodniały, przekrwienie spojówek gałkowych zmalało, wydzielina stała się skąpszą, a tylko obrzęk powiek utrzymywał się jeszcze. Bez obawy przystąpiłem do lapisu, a po 3ch dniach wszystkie objawy ustąpiły z pozostawieniem lekkiego obrzęku powiek. Rzecz godna uwagi, że w tym samym niemal czasie i rzeżączka zaczęła wyraźnie ustępować. Nie mogąc takiego przebiegu przypisać poronnemu działaniu sublimatu (od dnia bowiem przypuszczalnéj injekcyi upłynęło najmniéj dni trzy) począłem powątpiewać o zakaźnéj naturze tego zapalenia, a dziś przypadek ten zaliczyć muszę do rzędu „zapaleń rzeżączkowych bez przyrzutu“. (U w a g i s p r a w o z d a w c y). *Dr. Sroczyński.*

Choroby nerwowe.

Dr. B a r b e z: O usposobieniu do skurczów, a w szczególności o skurczach wywoływanych u osób histerycznych uciskiem taśmą Esmarcha.

Prof. Charcot nazwał usposobieniem skurczowém *(Diathèse de contracture)* szczególny stan nerwowy, nie będący istotnym skurczem lub porażeniem, a mającym przecież styczność z jednym lub drugiém. Teoretyczna strona sprawy usposobienia skurczowego została wyczerpująco opisana w niewydanéj jeszcze pracy Richeta, którą Dr. B a r b e z miał w ręku. Idąc za zasadniczemi poglądami Richeta wykrył B a r b e z sposób wywoływania objawu skurczowego, i zastósował go do klinicznego rozpoznawania macicznictwa. Rzecz się miała jak następuje: przed rokiem wykładał Charcot o chromaniu przepuszczającém, spowodowaném mniéj więcéj zupełném zatkaniem tętnicy pewnego członka; sztywność i skurcze tego członka przypisywał Charcot niedokrewności tętniczéj. Dla przekonania się o prawdziwości tego przypuszczenia użył Charcot taśmy Esmarcha dla wywołania niedokrewności członków uciśniętych i doświadczenie odbył na autorze i kilku asystentach, lecz bez skutku, skurcz nie powstał. Inaczéj rzecz przedstawiła się, kiedy do doświadczeń użyto osób histerycznych: skurcz powstał już po założeniu pierwszych skrętów taśmy; okoliczność ta przekonała Charcota, że nie sama niedokrewność tętnicza mięśni jest powodem skurczów, że decydującém tu jest usposobienie skurczowe. W dalszym ciągu B a r b e z opisuje różne sposoby, jakich używał w stósowaniu taśmy Esmarcha i zawsze z dodatnim skutkiem, tj. w miarę zajęcia dalszych mięśni nowemi skrętami taśmy skurcz natychmiast w nich powstawał; tę samą usługę oddaje sznur kauczukowy. Pozostawiając taśmę czas dłuższy, spostrzegł B., że skurcz wolnieje a w końcu znika, tak że długotrwałość niedokrewności tętniczéj znosi skurcz wywołany uciskiem. Po zdjęciu taśmy uciskowéj skurcz zazwyczaj natychmiast ustaje; autor spostrzegał jednakże dwa razy wyjątkowe zachowanie się: w jednym przypadku skurcz opanował całe ciało i tylko ogólne mięsienie rozluźniło go, w drugim skurczowi uległa tylko prawa połowa ciała.

W obec wielkiéj łatwości wywołania objawu skurczowego i ze względu na jego częste powstawanie u osób histerycznych, doświadczeniami swojemi przysporzył Dr. B a r b e z doskonały sposób rozpoznawania histeryi, jeśliby rozpoznanie tego zboczenia natrafiało na rzeczywiste trudności. Autor badał usposobienie skurczowe u 70 osób histerycznych (43 kobiet, 27 mężczyzn) i wywołał objaw skurczowy u 52 (33 kobiet, 19 mężczyzn); przekonał się on, że chorzy na usposobienie skurczowe z postępem doświadczeń wydoskonalają się w zdolności wywoływania objawu skurczowego, zwłaszcza jeśli przed doświadczeniami przez postukiwanie ścięgien rozbudzono w nich wrażliwość mięśniową i pobudliwość zwrotną rdzenia. Chorzy zazwyczaj nie podejrzywają w sobie usposobienia do skurczów; znajdują się jednak tacy, którzy zeznają, że ciskając np. kamień, lub uderzając silnie, pozostają zazwyczaj chwilę jakby skamienieli w téj postawie, którą nagle przy wysiłku zajęli. Oprócz ucisku taśmą Esmarcha objaw skurczowy można wywołać u osób histery-

cznych: 1) głębokiém mięsieniem, 2) kilkakrotném uderzaniem po ścięgnie, 3) targaniem członków, 4) faradyzacyję mięśni i nerwów, 5) magnetyzowaniem, 6) lekkiém pocieraniem skóry.—Uciśnięcie taśmą jednoczy w sobie kilka wyżéj wymienionych bodźców. Niektórzy chorzy potrzebują silnych bodźców do wywołania skurczu (mięsienia, ucisku taśmą, uderzania ścięgien), innym wystarcza lekkie dotknięcie skóry. Prof. Charcot poczynił na podstawie powyższych doświadczeń cenne wnioski o oddziaływaniu różnych organizmów na urazy: jedne dostają skurczów przy lada otarciu skóry, oparzeniu itd., drudzy doświadczają tych objawów dopiero po urazie głębokim, dosięgającym mięśni, ścięgien i nerwów. *(Le Progrès Médical* Nr. 41). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Dr. Comanos Bey: **Działanie wielkich dawek kokainu na ośrodki nerwowe**.

Ciekawy przypadek nadużycia kokainu obserwował Dr. C. B. w Kairze u jednego ze swoich chorych. — Nałogowy morfinista chcąc się odzwyczaić od morfinu udał się do niego o poradę i ten mu zalecił wstrzykiwanie 0,05 *cocaini mur.* 3—4 razy dziennie. Odzwyczajając się od morfinu wstrzykiwał sobie coraz większe dawki kokainu, tak że doszedł do 0,5—0,8 dziennie i w ten sposób stał się nałogowym kokainistą. Przy takich dawkach czuł brak apetytu, znaczne rozdrażnienie, szum w uszach, od czasu do czasu krótkowzroczność i złudzenie w zakresie zmysłów słuchu i wzroku. Te znowu objawy chory usuwał sobie przez wstrzykiwanie morfinu. Naraz dostaje półpaśca i to go zmusza do podwojenia dawki kokainu, tak że w przeciągu 2—3 dni wstrzykiwał sobie dziennie po 1—1½ grm. kokainu. Dostał wówczas drżenia odnóg, omdlenia mięśni, moczocieku, braku apetytu, snu i nadzwyczajnego rozdrażnienia; spojówki oczne były nastrzykane, wzrok osłupiały, nadto tak silne miewał złudzenia w zakresie zmysłów wzroku, słuchu i powonienia, że w tym stanie strzelał kilkakrotnie do swego służącego. Chorego odwieziono do szpitala, gdzie się powoli uspokoił, otrzymując dziennie 3 razy po 0,05 morfinu. W kilka dni miał się już tak dobrze, że się przyznał do nadużycia kokainu i zarzekał się go zupełnie. *(Berl. klin. Woch.* Nr. 38). *Dr. J. Surzycki.*

Higijena.

C. Frankel: **Grzybki w lodzie**.

Towarzystwo akcyjne berlińskie wyrabiające lód z wody przekroplonéj zwróciło uwagę urzędu zdrowia państwowego i różnych stowarzyszeń lekarskich na szkodę dla zdrowia, jakaby mogła wyniknąć niekiedy z używania lodu. Do podania dołączono wyniki licznych badań, których dokonał Dr. Bischoff. Mianowicie przekonał się badacz ten, że lód zawierał bardzo wiele grzybków, ile ich nawet woda do gospodarczego użytku wcale zawierać nie powinna, chociaż badanie chemiczne jego dawało wyniki zadowalające. Zarząd zdrowia stwierdził to samo badając lód, pochodzący z rozmaitych źródeł i biorąc liczne próbki lodu natychmiast po stopieniu. Na powierzchni zawierał lód o wiele więcéj grzybków aniżeli ich w środku bryły znaleziono i tém więcéj było w nim grzybków, z im więcéj zanieczyszczonéj wody pochodził. Woda zaś przekroplona daje lód, wolny od zarodników grzybkowych zdolnych do rozwoju. Nie znaleziono atoli dotąd w lodzie grzybków chorobotwórczych, jak tyfusu, karbunkułu itp. Mimo to ze względów sanitarnych nie jest obojętném używanie lodu przy opatrywaniu ran i przy oziębianiu napojów, jakich używamy. *(Zeitschrift für Hygiene* I, 2). *Dr. Buszek.*

(β) **Budowa tłuszczów i metoda Taylora do odróżniania masła od tłuszczów.** W r. 1879 podał T. Taylor w nowojorskim *Microscopial Quaterly Journal* jako zasadniczą różnicę między masłem a innemi tłuszczami (łojem wieprzowym, wołowym) układ krystaliczny, cechujący poszczególne rodzaje tłuszczu, a który w świetle polaryzowaném występuje. Ścisłe w tym względzie badania, przeprowadzone w berlińskim Urzędzie zdrowia, wykazały jednak, że w optycznych właściwościach kryształków różnego rodzaju tłuszczów nie ma żadnéj wybitnéj, stale cechującéj różnicy, lecz że przeciwnie w pewnych warunkach tłuszcze odmiennego pochodzenia przyjmują jednakowy układ krystaliczny. *(Deut. Chemiker-Ztg.)*

Medycyna sądowa.

Prof. Belky: **Przyczynki do nauki o gazach trujących**.

Rozróżniamy obecnie trzy rodzaje gazów szkodliwych. Do pierwszych zalicza się gazy t. z. obojętne, któremi oddychać można bez szkody dla zdrowia, jeżeli tylko są zmieszane z odpowiednią ilością tlenu; reprezentantem téj grupy jest azot. Do drugiéj grupy należą gazy, których wdychanie sprowadza kurcz głośni, a jeżeli się je wprowadzi rurką do tchawicy, niszczą miąższ płuc: chlor, fluor, kwas podazotowy, pary kwasu chlorowodowego itd. Do trzeciéj należą gazy, któremi można wprawdzie swobodnie oddychać, które jednak dostawszy się do krwi działają szkodliwie lub nawet zabójczo. Tak działa przedewszystkiém tlenek węgla, tutaj téż zaliczyć należy tlenek azotu, kwas siarko-fosforo- i arsenowodowy itd. B. ograniczył się wśród swoich poszukiwań do ciał gazowych ostatniéj kategoryi i starał się o dostarczenie dowodu, że działanie ich trujące polega rzeczywiście na łączeniu się z hemoglobiną krwi i odejmowaniu jéj zdolności do przyjmowania tlenu. Liczne a gruntowne badania, przedsiębrane dotąd, miały zawsze za przedmiot krew poza obrębem naczyń krwionośnych człowieka lub zwierząt, zdołano nawet przedstawić krystaliczne połączenia gazów trujących i hemoglobiny krwi. Czy we wszystkich przypadkach powstająte połączenia już we krwi krążącéj, t. j. w organizmie żywym, jest dotąd, przynajmniéj co do większéj liczby wyliczonych gazów, wątpliwém. Aby krew krążącą uczynić dostępną badaniu widmowemu, używa B. spektroskopu *à vision directe* i bada części ciała pokryte cienkim przyskórkiem lub błony śluzowe obfitujące w naczynia, nie w świetle przepuszczoném, jak się to czyni przy badaniu płynów, lecz w świetle odbitém. Badając w ten sposób stronę dłoniową małego palca u ręki, mógł B. spostrzedz dokładnie widmo odpowiednie hemoglobinie utlenionéj, skoro zaś ostatni członek tegoż palca podwiązał, tamując w ten sposób dopływ tętniczy, przekonał się, że po upływie krótkiego czasu następowała redukcyja. Doświadczenia toksykologiczne przedsiębrał na starannie ogolonych uszach królików, przyczém przekonał się, że gdy zwierzę oddychało gazem świetlnym (6.46% CO) zmięszanym z powietrzem, nie następowała redukcyja zupełna po podwiązaniu ucha, lecz pręgi odpowiadające hemoglobinie tlenko-węglowéj można było wyraźnie spostrzedz. Skoro zwierzęciu dozwolono następnie przez pewien czas oddychać czystém powietrzem, można było niebawem spostrzedz redukcyję oksyhemoglobiny po podwiązaniu ucha. Na téj podstawie przypuszcza B., że badania tego rodzaju można będzie czynić wśród usiłowań leczniczych na osobach zaczadzonych, podwiązując im ostatni członek małego palca i widzieć, czy redukcyja następuje w zupełności lub nie.

O kwasie sinowodowym przekonał się B., że nie łączy

się chemicznie z krwią krążącą, lecz sprawia, iż związek hemoglobiny z tlenem staje się silniejszym a krew także nie jest zdolna do odtlenienia się w tkaninach. Tlenek dwuazotu zwany także gazem rozweselającym zalicza autor na podstawie tych doświadczeń w poczet gazów obojętnych; tlenek azotu utlenia się kosztem tlenu krwi na kwas podazotowy, lecz przerywając doświadczenie w odpowiedniéj chwili można się przekonać, że nie zaszły we krwi takie zmiany, któreby stały na przeszkodzie dalszemu tworzeniu się oksyhemoglobiny wśród oddychania czystém powietrzem. Kwas siarkowodowy odtlenia krew krążącą nader szybko, śmierć zwierzęcia nastaje nagle, lecz gaz ten nie łączy się z krwią i nie odbiera jéj wcale zdolności do utlenienia się w skutek działania powietrza i ta okoliczność stoi w zgodzie z doświadczeniem, że przy sekcyjach osób otrutych czyto czystym H_2S czy téż to gazami kloacznemi badanie widmowe krwi zawsze bywa bezskuteczném.

Jak widać z przytoczonych szczegółów podjął B. badania według całkiem nowéj metody dotąd nie znanéj. Pewność, z jaką podaje rezultaty uzyskane i dokładność posunięta tak daleko, że nawet pręgi oksyhemoglobinowe może odróżnić od pręg odpowiadających COHb, usposabiałyby czytającego bardzo korzystnie dla autora, gdyby nie ta luka w całym opisie, że autor nie podaje wcale, jakiego światła używał do tych badań, gdyż, o ile się przekonaliśmy, zwykłe dzienne światło bez użycia jakichkolwiek przyrządów oświetlających nie jest dostateczném do badań tego rodzaju nawet na względnie cienkich błonach śluzowych, tak że nawet widma odpowiadającego oksyhemoglobinie widzieć nie można. (*Virchows Archiv f. path. Anat.*, t. 106, z. I, 1886).

Dr. Schaitter.

Prof. Flores w Meksyku ogłosił pracę o **błonie dziewiczéj**, i dochodzi do następujących wniosków: 1) Brak bł. dziewiczéj zdarza się rzadko w Meksyku. 2) Najczęstszemi są postacie: pierścieniowata, wargowa, półksiężycowa, podkówkowa. 3) Bl. dz. strzępiasta jest tylko odmianą innych postaci. 4) Zboczenia są nierzadkie (8%) a niektóre, jak otwór podwójny, zdarzają się częściéj, niż w Europie spostrzegano. 5) Postać otworu jest ważną pod względem sądowolekarskim, bo od niéj zależy wielkość oporu przeciw ciałom obcym, wnikającym do pochwy. 6) Opór ze strony bł. dz. wargowéj ma się do oporu, stawianego przez błonę dz. pierścieniową, podkówkową i półksiężycową jak 6:4:3:2. 7) Postać wargowa przeważa u dziewcząt do 10 roku życia, późniéj przeważa postać pierścieniowa. 8) O ile się rozchodzi o zgwałcenie, należy znać postacie bł. dziewiczéj u dziewcząt mających nad 10 lat, w którym to czasie błona już ma postać stałą. 9) Postać bł. dziewiczéj zmienia się z wiekiem dziewcząt. (*St. Petersburger med. Woch.* 1886, Nr. 39).

L. B.

(β) **Bliższe szczegóły o heminie.** Połączenie heminy z alkoholem amylowym, jakie otrzymali Nencki i Sieber za pomocą wyciągnięcia czerwonych ciałek krwi mięszaniną alkoholu amylowego i kwasu solnego, utraca całkowicie w ciepłocie od 130—135° w powietrzu alkohol amylowy, przyczém kryształki co do formy nie zmieniają się wcale, stają się jedynie mocno hygroskopijnemi a składowi ich chemicznemu odpowiada wzór $C_{32}H_{31}ClN_4FeO_3$. Z rozpuszczonych kryształków w rozcieńczonym ługu sodowym otrzymać można czystą hematynę, któréj skład chemiczny da się przedstawić wzorem $C_{32}H_{32}N_4FeO_4$. Okazuje się zatém, że hemina rozpuszczona w alkalijach przechodzi w hematynę przez odszczepienie się kwasu solnego, w miejsce którego wchodzi drobina wody. Chlor w kryształkach heminy prawdopodobnie nie wiąże się z wodem, ale połączony jest z węglem albo téż żelazem, a przemiana heminy w hematynę polegać się zdaje na zastąpieniu chloru hydroksylem. (*Deut. Chem. Ztg.)*

Patologija.

Ebertha i Schimmelbuscha: **Badania doświadczalne nad zakrzepicą.** (Patrz Nr. 18 Przegl. Lek.) Sprawozdanie Dra Krokiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

3) Przy silném kauteryzowaniu naczynia azotanem srebrowym dziwnym sposobem silniéj dotknięte są warstwy wewnętrzne aniżeli zewnętrzne, w bezpośredniéj styczności ze środkiem żrącym pozostające. Wówczas wytwarza się na błonie wewnętrznéj naczynia strup, który się rychło od niéj oddziela i faluje wśród światła naczynia. Na nim tworzą się zakrzepy, które składają się przeważnie z płytek krwi, ale które obok leukocytów i ciałek czerwonych krwi okazują i nitki włóknika. Nitki te, skąpe co do ilości, rozpościerają się pomiędzy czopkami zakrzepów, tworząc siatkę, która mieści w sobie wiele ciałek białych i czerwonych krwi, a nawet i drobniejsze czopki z płytek krwi złożone. W ogóle nigdy nie brak włóknika w zakrzepach, które powstały około ciała obcego, wprowadzonego do światła naczynia. Z samego tylko początku można zauważyć jedynie nagromadzenia samych płytek krwi. Tenże sam obraz napotyka się, skoro przewlekamy nitki przez światło naczyń.

4) Przypalanie naczyń galwanokauterem lub igłą rozżarzoną w celu silniejszego powierzchownego kauteryzowania nie doprowadza do celu, gdyż mimo znacznéj ostrożności sprawia się przedziurawienie takowych.

5) Zaciśnięcie pincetą przez pięć minut naczynia do połowy obwodu w 2 miejscach nie bardzo od siebie odległych, przyczém pół ściany naczynia uległo zmiażdżeniu, i pozostawienie następnie takowego po odjęciu pincety przez 10 minut nie wywołało nawet drobnowidowego zakrzepu.

6) Również ujemny był wynik dwukrotnie co do wywołania zakrzepu, skoro na naczynie położy się kryształek chlorku sodu, pomimo że tenże leżał na nim od 10—20 minut. Zgęszczony kwas chlorowodowy, który na pozór wywołuje zblednienie znaczne ściany naczynia na długość 2cm., dał wynik ujemny co do wywoływania zakrzepu. A nie tylko że nie było zakrzepu, ale nawet nie było zmiany naczynia, o któréj należałoby sądzić z makroskopowego wejrzenia.

7) W dwóch przypadkach silnego kauteryzowania kamieniem piekielnym wynik znany (v. 3); w trzecim, gdzie działanie nie było tak silne, w niektórych miejscach był nadwerężony i śródbłonek, o czém po czarném zabarwieniu można było wnosić, jednak zakrzepu nigdzie nie znaleziono.

III. Konglutinacyja a koagulacyja. Badając cały szereg zakrzepów, które wywołane zostały jakimkolwiek bodźcem, przychodzą autorowie do przekonania, że one przeważnie składały się z płytek krwi. Otwór powstały za nakłóciem naczynia, wszelka rana cięta, zaczopywały się płytkami krwi, które pośrednio uległy znanéj już nam przemianie, a porozrywane i zmiażdżone części ściany wewnętrznéj naczynia stanowiły punkt wyjścia tych płytkowych czopków. Kształt ich i długość bardzo rozmaity; raz zakrzep przedstawia się jako masa zbita i okrągła, drugi raz jako łańcuch złożony z pojedynczych bryłek. Nagromadzone płytki zlepiają się i stapiają a ulegają przemianie w ten sam sposób, jak we krwi wynaczynionéj, skoro się zetkną z nadwerężoną

ścianą naczynia, z ciałem obcém wprowadzoném do światła jego lub ze zmienioną już inną płytką. Najpierw stają się zygzakowate, późniéj wyróżniają się na masę środkową, połyskującą, gruboziarnistą, i na obwodową bezpostaciową, jednostajną, niekiedy i drobnoziarnistą, stają się śliskiemi i w końcu w obwodowych częściach się zlewają. Większe masy płytek krwi, które przechodzą cały ten cykl przemiany zlepnéj w początku, skoro właśnie zaczynają przybierać postać zygzakowatą, czyni wrażenie masy gruboziarnistéj; w miarę dalszego postępowania przemiany przyjmują wejrzenie drobnoziarniste, a im bardziéj ich części obwodowe się ze sobą zlewają, tém utkanie ich coraz jednostajniejsze i coraz więcéj traci na wyrazistości budowy. Ta cała przemiana w zakrzepie bardzo szybko postępuje, gdyż już w 4 do 5 minut po wytworzeniu się przybiera on wejrzenie drobnoziarniste lub jednostajne, bezpostaciowe. Drobnoziarniste masy innych czopków okazują często właściwe, obłoczkowate wejrzenie. Że zaś szereg tych zmian w płytkach, który tak łatwo na każdym zakrzepie wytwarzającym się wśród krwi krążącéj obserwować można, na stwardniałych preparatach mniéj wyraźny, polega na tém, że płytki znajdujące się wśród światła naczynia nie mogą być dostatecznie szybko ustalone. Wniknięcie wyskoku, cieczy Müllera, mięszaniny kwasu chromowego i osmowego itd. przez ścianę naczynia tak zwolna następuje, że i świeże czopki i świeższe części dawniejszych mogą już poprzednio przebyć cały szereg zmian powyższych.

Czerwone ciałka krwi, podobnie jak i białe, w ten sam sposób uczestniczą w budowie zakrzepu. W ogóle stosunkowo do płytek krwi ilość ich bardzo skąpa. Szczególnie rzadko się nagromadza większa ilość ciałek czerwonych i białych w środku zakrzepu, o wiele rychléj na obwodzie. Widać, że one nie biorą czynnego udziału, lecz stanowią przypadkową domieszkę. Jeśli obrysy zakrzepu gładkie, to zwykle brak ich zupełny; inaczéj gdy powierzchnia nierówna, pokryta licznemi zagłębieniami, które naówczas mieszczą w sobie znaczniejszą ilość ciałek białych. Jeśli czerwone i białe ciałka krwi znajdują się we wnętrzu zakrzepów, to świadczy to o połączeniu się kilku drobnych, które zlewając się zabierały i je ze sobą.

Opisując zakrzepy wywoływane w naczyniach sieci lub krezki zwierząt ssących nadmienili autorowie, że one składały się wyłącznie ze złogów płytek krwi, że ciałka czerwone i białe krwi stanowiły tylko przymieszkę, a nie wspominali o włókniku. Ten pojedynczy skład okazuje przeważna ilość zakrzepów wywołanych przez odsznurowanie, rany kłute i cięte w naczyniu. Natomiast, jeśli większe naczynia drażnili azotanem srebrowym, przez co wytworzył się w nich znaczniejszy strup, lub jeśli wprowadzili do ich światła ciało obce, to można było widać pomiędzy czopkami i nitki włóknika. Po przeprowadzeniu nitki przez naczynie z samego początku osadzały się na nich same płytki, a następnie po 4—6 minutach dołączały się i nitki włóknika. Pierwszorzędną więc była zmiana w płytkach krwi i ich zespolenie się, wtórorzędną zaś dopiero wytworzenie się włóknika. Nie można też dopatrzyć się związku przyczynowego pomiędzy oboma zjawiskami, mianowicie jakto Hayem i Bizzozero swego czasu sądzili, jakoby alteracyja płytek wywoływała tworzenie się włóknika, bo tak nie jest, a dowodem tego są liczne zakrzepy, znaczne, rozległe, a jednak ani nitki włóknika w sobie nie zawierają. Skrzepnięcie bowiem krwi a zlanie się płytek krwi sąto zupełnie odrębne sprawy, nie mające nic ze sobą wspólnego. Płytki stanowią normalny składnik krwi, a tworzenie się czopków polega na sprawie zlepnéj, podczas gdy przez krzepnienie należy rozumieć wydzielenie się włóknika, wytworzenie się zupełnie nowego stałego ciała ze surowicy. (Dok. nast.)

(β) **Zakażenie gruźlicze drogą przewodu pokarmowego i osłabienie prątków gruźliczych przez sprawy gnilne.** H. Fischer wywoływał u królików przez jednorazowe wprowadzenie jadu gruźliczego wziętego z świeżo zabitego zwierzęcia, w przeciągu 6—8 tygodni typową gruźlicę błony śluzowéj jelit, gruczołów krezkowych i wątroby. Jeżeli podawany jad zawarty był w materyi gnijącéj, natenczas nawet znaczniejsze jego ilości nie były w stanie wywołać objawów gruźliczych, lub też jeżeli występowały, to w bardzo słabym stopniu. Sprawa gnilna w daném podłożu pociąga za sobą ubytek prątków gruźliczych. Co do wpływu soków trawiących na siłę zakażenia prątków gruźliczych, to Fischer wyklucza go w przeciwieństwie do Wesenera i innych. Ilość wprowadzanego jadu do jelit ma w każdym razie wielkie znaczenie, ale małe jego ilości mogą być do pewnego stopnia nieszkodliwe, jak to poucza codzienny przykład obserwacyj klinicznych. Nie ma chyba suchotnika, któryby czy to przypadkowo, czy to z niechlujstwa swych własnych plwocin w mniejszéj lub większéj ilości nie połykał, a przecież gruźlica nerkowa choć częściéj występuje może niż mniemamy, jako powikłanie suchot, ale zawsze jest ona już raczéj końcowym okresem choroby, gdy ustrój utracił odporność wszelką względem nagabujących go prątków gruźliczych. Ze względów praktycznych ważniejszą jest kwestyja, nie czy gruźlica da się przenosić drogą przewodu pokarmowego, gdyż to już dawno zostało udowodnioném, lecz w jakich warunkach mniejsze ilości prątków, które jak to codziennie się przydarza, z mlekiem lub innemi pokarmami lub też w postaci plwocin dostają się do żołądka i jelit, tam się zatrzymują i gruźlicę wywołują, a stanowczéj odpowiedzi w tym kierunku badania dotychczasowe wcale jeszcze nie dostarczyły. (*Deut. Chem. Ztg.* Nr. 22).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IIIcie zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dnia 6 lutego 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

2) Kol. Ziembicki zdaje sprawę z czynności swych na oddziale chirurg. tut. szpitala z ubiegłego trzechlecia. Poświęciwszy przedewszystkiém zaszczytną wzmiankę swojemu poprzednikowi śp. kol. Szeparowiczowi, którego sława i imię jeszcze nie przebrzmiały, nadmienia, że prowadzenie oddziału po kierowniku mającym uznanie i sympatyję kolegów było tém trudniejsze, że znalazł w oddziale na początku tylko ogólną nieufność i gwałtowną opozycyję. Przypomina, że nominacyję jego powitał Przegląd Lekarski artykułem, którym wyrządził mu istotną klęskę materyjalną i moralną, upatrując w téj nominacyi niebezpieczeństwo dla szpitala a nawet dla miasta. Daléj dziękuje prelegent koledze Stelli Sawickiemu, że jedyny o nim nie zwątpił, znając dokładniéj przeszłość jego i ważność instytucyi internatu paryskiego. Jako dawny interne, jako dawny asystent Peana i Trelata mógł prelegent podołać zadaniu i pokierować spokojnie największym oddziałem chirurgicznym w kraju. Rezultat w całości przedstawia się jako bardzo zadowalający i wytrzymuje porównanie. Nieodpowiedniém jednak byłoby porównywać oddział szpitala z kliniką, gdyż warunki pod względem materyjalnym i wyboru chorych są zupełnie odmienne. Aby dać wyobrażenie o ogromnym ruchu, jaki panuje na oddziale chirurgicznym, daje najsamprzód prelegent statystykę większych operacyj z roku

1885, a następnie porównawszy statystykę z 3 lat operacyj większych, tj. amputacyj i resekcyj, hernijotomij, laparotomij i złamań powikłanych. Wykazuje, że co do amputacyj śmiertelność u niego równa się śmiertelności kliniki Volkmana, a niższą jest o 4% niż w latach 81, 82 była w klinice Billrotha, dwa razy zaś i ½ jest mniejszą niż w latach 1881 i 82 w tym samym oddziale lwowskim. Przechodząc dalej do statystyki ogólnej, zaznacza, że liczba chorych pomnożyła się o 33%, śmiertelność zaś spadła o blisko 35%. Wynosiła średnio do r. 1881 8%, w ostatniém zaś trzechleciu wynosi średnio 5%, w roku ostatnim tylko 3·9% *(recte* 3·7%). Kończy dziękując koll. Dychdalewiczowi i Sztembartowi za pracę ich na oddziale, którato praca i życzliwość nie mało przyczyniły się do tak dodatnich rezultatów.

W dyskusyi kol. Kadyj podnosi znaczne obniżenie procentu śmiertelności, które tém większego nabiera znaczenia, że przepełnienie musi być ciągłe przy takim wzroście stanu chorych, co dowodzi ściśle przestrzeganéj antyseptyki.—Kol. Schattauer zaznacza, że jeżeli kol. Ziembicki osiągnął tak świetne rezultaty, to zawdzięcza takowe przedewszystkiém opatrunkowi jodoformowemu, bo z opatrunkiem Listera nie mógłby osiągnąć takich rezultatów. *Dr. Wiktor.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VI w dniu 8 października 1886.

Przewodniczący kol. Korczyński. Obecni: koll. Cybulski, Gluziński, Jaworski, Mikulicz i jako gość kol. Wachtel.

1) Odczytano list c. k. inspektora przemysłowego dla Galicyi i Bukowiny p. Nawratila, który w odpowiedzi na pismo Komisyi donosi, że w Galicyi i Bukowinie oprócz zakładu firmy A. Biasiona w Krakowie, wyrabiającego narzędzia chirurgiczne i optyczne, nożowników w Krakowie i Lwowie, trudniących się wyrobem nieskomplikowanych narzędzi chirurgicznych, nareszcie kilku rękawiczników w Krakowie i Lwowie, którzy wyrabiają bandaże, w obu tych krajach nie ma zresztą żadnych zakładów przemysłowych, któreby dostarczały środków leczniczych do opatrunku i pielęgnowania chorych. Większe rafineryje spirytusu wyrabiają wyskok 96%. Oprócz serkarni J. C. W. Arcyksięcia Albrechta w Żywcu, wyrabiającéj cukier mlekowy, nie ma żadnego zakładu przemysłowego w kraju, któryby wyrabiał lub mógł się zająć wyrobem czystych przetworów chemicznych lekarskich. Jedynie może fabryka A. Skrzyńskiego w Libuszy podjęłaby się wyrobu czystéj benzyny z oleju ziemnego, a może także i wazeliny.

2) Odczytano list redakcyi *„Gazety Lekarskiéj“*, która przyrzeka Komisyi swoje poparcie.

3) Przewodniczący zawiadamia, że czasopismo Towarzystwa aptekarskiego we Lwowie uczyniło zadość prośbie Komisyi drukując protokóły z jéj posiedzeń.

4) Odczytano pismo Wys. Wydziału krajowego donoszące, że z p. Kubickim, weterynarzem miejskim i właścicielem zakładu krowiankowego we Lwowie, jest zawarta na r. 1886 umowa, mocą któréj p. Kubicki obowiązuje się w ciągu roku dostarczyć 3 000 kostek lub fiolek podwójnych krowianki na potrzeby kraju za cenę 1600 złr.

5) Odczytano kilkanaście listów kolegów wyrażających swoje zupełne zadowolenie z wyników otrzymanych przy szczepieniu krowianką p. Freysingera z Liska. Listy te, które p. Freysinger przesłał Komisyi do przejrzenia pochodzą między innemi od koll. Bielczyka z Gorlic, Dauera z Przemyśla, Glasera z Tarnowa, Humieckiego z Krosna, Koernera z Mościsk, Kwiecińskiego z Biały, Mikuckiego z Tarnówki, Pawlasa z Chrzanowa, Schneidera z Andrychowa, Skakalskiego z Podgórza i Tarchalskiego z Zatora.

VI. Komisyja zajmowała się sprawą wody sodowéj na wodzie destylowanéj, którą na wniosek i według wskazówek kol. Jaworskiego podjęła się wyrabiać fabryka wód gazowych pp. Rzący i Chmurskiego. Z przedłożonych kilkunastu wód o różnym składzie wybrano trzy i polecono referat téj sprawy w obec Tow. lek. krak. kol. Jaworskiemu. Bliższe szczegóły téj sprawy pomieszczone będą w protokóle z posiedzenia Tow. lek. krak.

Doc. Dr. W. A. Gluziński, sekretarz Komisyi.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 października. Wykłady w uniwersytecie naszym są już w pełnym toku; liczba uczniów wzrosła i w półroczu bieżącém, a zakłady niedostateczne nie doznały zmiany. Rok atoli szkolny, który się rozpoczął, będzie dla uniwersytetu pamiętnym. W maju nastąpi otwarcie uroczyste nowego gmachu uniwersyteckiego, na którąto uroczystość zjedzie p. Minister Oświecenia. Uzasadnioną jest nadzieja, że do owego czasu gmach będzie gotowym i urządzonym, zwłaszcza, gdy Władze zgodziły się, aby Senat akademicki sam zajął się urządzeniem i na ten cel wyznaczyły sumę 50.000 zł. a. Pod wiosnę rozpocznie się budowa kliniki chirurgicznéj na zakupionym przez Rząd gruncie Morgensterna, a uznawszy niepodobieństwo umieszczenia zakładu patologicznego w domu prywatnym Ministerstwo poleciło, aby plany dla gmachu patologicznego, stanąć mającego na gruncie szpitala św. Łazarza, czémprędzéj zostały wygotowane.

* **Cholera** w Budapeszcie utrzymuje się w jednakiém nasileniu, w Szegedynie maleje, w Raab wygasła. We Wiedniu nie było żadnego więcéj przypadku.

* **Wiedeń**. W miejsce prof. Bandla wybrany został przełożonym oddziału w poliklinice docent Pawlik, a w miejsce prof. Wölflera docent Maydl.

* **Budapeszt**. Ponieważ się pokazało, że służba zdrowia w stolicy podczas panowania cholery nie odbywa się należycie, Minister spraw wewnętrznych mianował komisarza rządowego w osobie inspektora sanitarnego Dr. Olah, celem kontrolowania wszystkich zarządzeń i ich wykonywania ze strony komisyi cholerycznéj.

* **Praga czeska**. Prof. Hlava ogłosił kurs bakteryjologii, szczególnie ze względu na cholerę, dla lekarzy rządowych

Staraniem tegoż profesora i kosztem prażskiéj *Alliance française* Dr. Obrzut, asystent przy katedrze anatomii patologicznéj, wyjechał przed tygodniem do Paryża, celem studyjowania w zakładzie Pasteura szczepienia wścieklizny. Dr. Obrzut, rodak i współpracownik nasz, złożył już dowody, że w pracach bakteryjologicznych jest doświadczonym; wysłanie więc jego do Paryża było bardzo na czasie, zwłaszcza, gdy śmierć wielu przez Pasteura szczepionych, o któréj w ostatnich tygodniach donoszono, nakazuje przecież ostrożność w ocenianiu wartości szczepienia wścieklizny.

* **Wiadomości uniwersyteckie Paryż**. Proff. Gavarret (fizyki lek.), Hardy (kliniki lek.) i Sappey (anatomii opisowéj) ukończyli rok 70 życia i przechodzą w stan emerytury. — **Moskwa**. Prof. Subotin z Kazania obejmuje kierownictwo nowo powstającego szpitala Bachruszyna. — **Budapeszt**. Dr. L. Tóth habilitował się jako docent farmacyi ogólnéj. — **Dorpat**. Na opróżnioną katedrę kliniki lek. przedstawiony został prof. Schultze z Heidelbergu. — **Kijów**. Dr. Zinowsky habilitował się jako docent farmakologii. — **Wiedeń**. Dr. Lustgarten habilitował się jako docent dermatologii. — **Graz**. Prof. okulistyki Blodig z końcem półrocza bieżącego ustępuje z katedry.

* **Wiadomości osobowe**. Drowie Paweł Jaglarz i Maryjan Gidlewski, mianowani zostali starszymi lekarzami w armii czynnéj: pierwszy przydzielony został szpitalowi w Temeszwarze, ostatni we Lwowie; przeniesieni zostali starsi lekarze wojskowi Dr. Bohosiewicz Teodor do pułku 60 piechoty i Dr. Steuermark Aleksander do pułku 16 piechoty; wreszcie lekarz sztabowy, Dr. Karol Griebsch, lekarz naczelny 12 dywizyi w Krakowie, z powodu choroby, przeniesiony został w stan spoczynku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 43: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu Dujardin-Beaumetza; Zagórskiego: Dwie laparotomije: (c. d.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, z. III: Dogiela: Nowe poszukiwania nad m. rozszerzającym źrenicę u ssących i ptaków; Nikolskiego: O powstawaniu jamek w czerwonych krążkach krwi pod wpływem salmiaku i innych połączeń amoniaku; Zaleskiego: Poszukiwania nad wątrobą (dok.); Krajewskiego: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu 1883 r. (c. d.); Fabiana: O warunkach powstawania i znaczeniu klin. pod-

wyższenia ciepłoty w gorączce (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 43: Wróblewskiego: Przyczynek do działania kw. mlecznego przy gruźlicy krtani; Matlakowskiego: 36 przypadków przetok moczowych (dok.); Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 10: Pacanowskiego: Nerwice żołądka; Strzeszewskiego: O zrostach serca z osierdziem (c. d.).

Redakcyja otrzymała.

Dr. K. SZADEK: Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu. (Odbitka z „Gazety Lek."), Warszawa 1886, in 8vo str. 45.

Tenże: Uiber Behandlung der Syphilis mit tiefen intramusculären Injectionen von Quecksilberpräparaten. (Odbitka z „W. Allg. med. Ztg." 1886), in 8vo str. 14.

Dr. W. JAWORSKI: Uiber d. Wirkung, therapeutischen Werth u. Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes nebst dessen Beziehung zum Karlsbader Thermalwasser. (Osobne odbicie z „W. med. Woch."), Wien 1886, in 4to maj. str. 33.

Dr. BAŠTYR: Zubní lékařství. Díl I, v Praze 1886, in 8vo str. 259 z 44 drzeworytami.

Tenże: Studien z. Pathologie d. Zahncaries. (Odbitka z „Oe. Ung. Viertelj. f. Zahnheilk."), in 8vo str. 32).

Tenże: Können permanente Zähne durch d. sog. Resorptionsorgan geschädigt werden? (Odbitka z powyższego kwartalnika) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. HUETERS C. Grundriss d. Chirurgie. 3. Auf., überarb. v. Lossen. 2 Bd. Specieller Theil 2—5 Abth. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 20. — (2. Bd. 1—5. Abth. M. 25. —).

HARTMANN A. Die Krankheiten d. Ohres u. deren Behandlung 3 Aufl. M. 42 Holzschn. gr. 8. Berlin, Fischer's med. B. M. 6.

SANDER u. RICHTER. Die Beziehungen zwischen Geistesstörung u. Verbrechen. 8 Berlin, Fischer's med. Buchh. M. 7.

TARNOWSKY B. Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Eine forens-psych. Studie. 8 Berlin, Hirschwald. M. 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 listopada rb. o godz. 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Gluziński mówić będzie o nadmierném wydzielaniu soku żołądkowego i nadmiernéj jego kwaśności (z kliniki prof. Korczyńskiego).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja i w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 60 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 6 listopada 1886. № 45. Rok XXV.

I. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego.

Streszczenie monografii przedłożonéj Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z d. 20 lipca 1886.

przez

Prof. Dra Henryka Kadyjego.

W rozprawie niniejszéj streściłem najważniejsze wyniki obszerniejszéj pracy, którą poświęciłem memu czcigodnemu nauczycielowi prof. Drowi Ludwikowi Teichmannowi przy sposobności Jego dwudziestopięcioletniego jubileuszu, a która przedłożona Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z 20 lipca 1886, wyjdzie w jéj „Pamiętniku“ z X-ma tablicami chromolitograficznemi.

Badaniem naczyń krwionośnych rdzenia pacierzowego zajmowałem się z rozmaitemi przerwami od lat pięciu. Z początku pracowałem przez kilka miesięcy wspólnie z prof. Dr. Adamkiewiczem, a mianowicie na życzenie prof. Dra Teichmanna, który dał inicyjatywę do tych badań i w którego pracowni one przedsięwzięte zostały. Z powodów wszakże odemnie niezależnych wspólne opracowanie i wspólna publikacyja nie przyszła do skutku, tak iż praca moja, jak słusznie prof. Dr. Adamkiewicz zauważył na posiedzeniu sekcyi anatomicznéj tegorocznego zjazdu w Berlinie, z jego publikacyjami nie ma nic wspólnego, chociaż dotyczy tego samego przedmiotu i chociaż powstała na tém samém miejscu i w tym samym czasie.

Dwie rozprawy Adamkiewicza (w 54 i w 55 tomie Sitzungsberichte der k. k. Akademie d. Wiss. in Wien 1881 i 1882) są jedynemi obszerniejszemi publikacyjami, jakie literatura anatomiczna posiada o naczyniach rdzenia pacierzowego; wiadomości, które w tym kierunku zawdzięczamy badaniom Ekkera, Lenhosseka, Golla, Dureta i Rossa są tylko urywkowe. Piękne prace Schöbla (w Pradze) odnoszą się wyłącznie do naczyń krwionośnych ośrodków nerwowych u płazów i gadów.

Publikacyje Adamkiewicza nietylko w rozmaitych kierunkach nie są wyczerpującemi, lecz nadto zawierają niektóre twierdzenia niezgodne z istotnym stanem rzeczy.

Przedewszystkiem ogólne poglądy Adamkiewicza na unaczynienie rdzenia, przypuszczenie, iż pewne okolice rdzenia (piersiowa) pod tym względem są upośledzone, rozróżnianie (dziewięciu) odrębnych obszarów naczyniowych *(Stromgebiete)* w tym narządzie, są tego rodzaju, iż na nie żadną miarą zgodzić się nie można.

Następnie z pominięciem wielu szczegółów, które wymagają sprostowania, wypada mi zaznaczyć, że badania naczyń rdzenia przez Adamkiewicza nie zostały doprowadzone do téj zupełności, jaka w badaniach angiologicznych winna być ostatecznym celem zabiegów, t. j. do wykazania sposobu, jak za pośrednictwem naczyń włosowatych wszędzie połączone są ostateczne rozgałęzienia tętnicze z korzeniami żył, bez czego oczywiście sposób krążenia w jakimkolwiek danym narządzie nie może być poznanym i zrozumianym.

Adamkiewicz tylko jako osobliwość i poniekąd wyjątkowy stosunek przytacza, że przy nastrzykiwaniu w niektórych miejscach szaréj substancyi masa przechodzi z tętnic do żył lub odwrotnie, podczas gdy przecież tylko wtedy injekcyję jako zupełną i dla badań mikroskopowych wystarczającą uważać można, gdy takie przejście we wszystkich częściach narzędzia nastrzykiwanego miało miejsce. Naczynia zaś, które Adamkiewicz opisuje i rysuje jako włosowate, są tylko rozgałęzieniami tętnic i żył co najwięcéj przywłosowatemi. Związku między tętnicami i żyłami za pośrednictwem naczyń włosowatych na rysunkach Adamkiewicza nie widać nigdzie, choć w jego pracach mowa jest o jakichś „*intercapilläre Gefässnetze*“, które sam Adamkiewicz w najnowszéj swojéj publikacyi („Przegląd Lekarski“ 1886 Nr. 1 do 6) uznał jako „przetwory wśródtkaninowe, które dopiero wskutek ucisku masy injekcyjnéj sztucznie zrobione zostały“.

Niejasność zresztą panuje w pracach Adamkiewi-

cza co do pojęć „tętnic“, „żył“ i „naczyń włosowatych“. W roku 1882 Adamkiewicz (l. c. fig. XIII., XIV. i XV.) rysuje nibyto naczynia włosowate opony rdzenia *(pia mater)* przy 5–6 krotnêm powiększeniu linearnêm (w istocie zaś na tych figurach widać tylko siecie i od nich odchodzące drzewiaste rozgałęzienia tętnic i żył, które pomiędzy sobą nie mają żadnego związku [1]); niedawno zaś opisał wśród komórki gangliowéj naczynia krwionośne a mianowicie tętnice i żyły, t. j. narzędzia, które, jak powszechnie wiadomo, same są złożone z licznych i wysoko rozwiniętych komórek. Za daleko by nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli tu wchodzić w szczegóły pracy, któréj wyniki sprzeciwiają się zasadom morfologii i fizyjologii; wspomnę tylko, że między tętnicami komórki zwojowéj Adamkiewicz rozróżnia takie, które mają tylko 0·0001 do 0·0002 mm., t. j. 0·1—0·005 mm. w świetle. Że w takich tętnicach krew, w któréj skład wchodzą ciałka krwi, krążyć nie może, sam Adamkiewicz uprzedzająco przyznaje. Wedle zaś pojęć, w morfologii od czasów Harveya ustalonych, tętnice są naczyniami i to przedewszystkiem naczyniami krwionośnemi.

Nikogo więc dziwić nie będzie, że w obec takich i tym podobnych zapatrywań, badając naczynia rdzenia pacierzowego doszedłem w wielu względach do zupełnie odmiennych wyników.

Co do metody badania, pomijając jéj szczegóły, nadmienię tylko tyle, że przy nastrzykiwaniu posługiwałem się metodą Teichmannowską za pomocą mas kitowych czyli olejnych, którą zmodyfikowałem o tyle, że się nadaje do nastrzykiwania naczyń włosowatych. Wyczerpujący opis zastosowania téj zmodyfikowanéj metody Teichmannowskiéj znajduje się w mojéj obszernéj publikacyi, przedłożonéj Akademii Umiejętności. Tylko ta metoda, mojêm zdaniem, prowadzi do zupełnie zadowalającego i jednostajnego nastrzykania rdzenia, czego masami klejowemi osiągnąć nie mogłem.

Naczynia mózgu i rdzenia tworzą razem jeden obszar, niejako całość w sobie zamkniętą, oddzielny układ, który na rdzeniu pozostaje w związku z innemi naczyniami ciała jedynie wzdłuż nerwów kręgowych.

Tętnice zaopatrujące rdzeń pacierzowy przystępują doń towarzysząc korzeniom nerwów kręgowych. Podobnież pieńki żylne opuszczające rdzeń przyłączają się do korzeni nerwowych i bezpośrednio przy nich (z rzadkiemi tylko wyjątkami) przebijają oponę twardą. Pieńki naczyń zaopatrujące rdzeń należy przeto oznaczać jako tętnice i żyły korzeniowe rdzenia (*arteriae et venae radicales medullae spinalis*).

Rozróżniamy przednie i tylne tętnice korzeniowe rdzenia; tak samo przednie i tylne żyły korzeniowe rdzenia.

Chociaż bez wątpienia przy każdym z korzeni nerwów rdzeniowych są zawiązki, z których powstają narzędzia korzeniowe rdzenia, nie przy wszystkich wszakże nerwach są takowe wykształcone jako pnie doprowadzające krew do rdzenia lub z niego odprowadzające.

Liczba tętnic i żył korzeniowych równie jak rozmiary poszczególnych tych naczyń jest nader zmienną; nie mniéj rozmieszczenie ich przy rozmaitych nerwach kręgowych i korzeniach tychże. Z wyjątkiem kilku ostatnich nerwów kręgowych nie masz ani jednego korzenia nerwowego, przy którymby w tym albo w owym przypadku nie zdarzała się nawet znaczniejsza tętniczka lub żyłka rdzeń zaopatrująca.

Na tych korzeniach nerwowych, przy ktorych nie są wykształcone pieńki tętnicze lub żylne dla rdzenia przeznaczone, napotykamy tętnicze i żylne anastomozy, łączące naczynia rdzenia z własnemi naczyniami nerwów, przy których jak wiadomo znajdują się tętnicze (i żylne) łańcuchy anastomotyczne, rozciągające się daleko na pniach głównych i ich gałęziach.

Częstokroć niemożebnêm jest stanowczo orzec, czy przebiegające przy danym korzeniu nerwowym tętniczki lub żyłki mają znaczenie pieńków przyczyniających się do zaopatrzenia rdzenia, czy też przeciwnie są odgałęzieniami naczyń rdzenia zaopatrującemi w części korzenie nerwowe.

Przednie tętnice korzeniowe rdzenia, których liczba wynosi zwykle 5—10 (czasami jeszcze mniéj albo jeszcze więcéj 2—17), udają się na przednią powierzchnię rdzenia pacierzowego, gdzie każda z nich w pobliżu pośrodkowego rowka dzieli się na gałęź wstępującą i na gałęź zstępującą.

Przez wzajemne łączenie się gałęzi tętniczych biegnących w rowku tym naprzeciw siebie powstaje przedni pośrodkowy tętniczy łańcuch rdzenia *(tractus arteriosus anterior medullae spinalis)*. Łańcuch ten dotychczas był zwykle uważany mylnie jako wyłącznie ciąg dalszy gałęzi obu tętnic kręgowych znanych pod nazwą *„arteriae spinales anteriores“*.

Tylne tętnice korzeniowe rdzenia, mniéj lub więcéj dwa razy liczniejsze (średnio jest ich 16—17) w podobny sposób przy powierzchni rdzenia dzielą się na gałęzie wstępujące i zstępujące. Pozostając wszakże na bocznéj powierzchni rdzenia w pobliżu początków tylnych korzeni tworzą te gałęzie dwa łańcuchy tętnicze tylno-boczne *(tractus arteriosi postero-laterales)* prawy i lewy, które dotychczas uchodziły jako wyłączne przedłużenia t. zw. tylnych tętnic rdzeniowych (*arteriae spinales posteriores)*, odchodzących od tętnic kręgowych.

Same główne pnie tętnic kręgowych są pod względem morfologicznym równorzędne tętnicom nerwowym rdzenia pacierzowego, a rozgałęzienia każdéj z nich odpowiadają gałęziom przedniéj i tylnéj tętnicy korzeniowéj rdzenia razem wziętym.

Zstępującéj gałęzi przedniéj tętnicy korzeniowéj odpowiada zachowaniem swojêm znana *art. spinalis anterior;* dalszy ciąg pnia tętnicy kręgowéj przedstawia wstępującą gałęź, która rozmiarami przewyższa znacznie odpowiednie gałęzie innych tętnic korzeniowych, z powodu, iż zaopatruje mózg, który jest przyustym (u człowieka górnym) końcem cewy rdzeniowéj we właściwy sposób rozwiniętym i do znacznéj objętości rozłosłym. Tętnica podstawowa jest przeto przedłużeniem albo powtórzeniem przedniego łańcucha tętniczego rdzenia na podstawie mózgu.

Zstępującéj gałęzi tylnéj tętnicy korzeniowéj odpowiada *art. spinalis posterior.* Jako wstępującą gałęź można uważać tętnicę móżdżkową tylną dolną *(art. cerebelli inferior posterior)*, która stale odddaje gałązki dla bocznéj powierzchni rdzenia przedłużonego, choć niektóre z nich mogą odchodzić i wprost od pnia tętnicy kręgowéj wnet po jéj przejściu przez oponę twardą. (C. d. n.)

---

[1]) Przy tak słabêm powiększeniu prawdziwe naczynia włosowate, których średnica w rdzeniu wynosi średnio 0·01 mm., na rysunku musiałyby otrzymać grubość $^1/_{20}$ mm., t. j. taką, iż byłyby niewykonalne a nawet niedostrzegalne.

II. Z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera.

W sprawie chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynu wodnego przez skórę.

Skreślił
Dr. Leon Kopff,
asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Reasumując pokrótce wyniki powyższych doświadczeń widzimy, że w doświadczeniu pierwszém, po użyciu jednorazowéj kąpieli z 14 grm. sublimatu w 14 litrach wody, badanie moczu zebranego w ciągu 24 godzin nie wykazało ani śladu rtęci. W doświadczeniu drugiém po zastósowaniu przez trzy dni z rzędu kąpieli takiéj saméj w 3660 cm. sz. moczu zebranego w ciągu trzech dni badanie chemiczne wykazało dość wybitne ślady rtęci tak na blaszce miedzianéj jak złotéj, jak i również z jodem. W doświadczeniu trzeciém po użyciu kąpieli jednorazowéj z mocniejszego rozczynu chlorku rtęciowego, mianowicie 30 grm. na 15 litrów wody, badanie wykazało w moczu wątpliwe ślady rtęci. W doświadczeniu czwartém po dwurazowéj kąpieli w silniejszym rozczynie sublimatu (1:500) w 2840 cm. sz. moczu zebranego w dwóch dniach badanie wykazało bardzo wybitne ślady rtęci. W doświadczeniu piątém stósowano przez dni 4 z rzędu kąpiel sublimatową, zebrano moczu 5830 cm. sz., w którym oznaczono 1.9 milligrama rtęci, co odpowiada 2.5 milligrama chlorku rtęciowego. Wreszcie w doświadczeniu szóstém i siódmém stósowano kąpiele sublimatowe na skórę pozbawioną powłoki tłuszczowéj i w obydwóch doświadczeniach wykryto następnie w moczu wybitne ślady rtęci, względnie w każdym razie większe, niż przy stósowaniu kąpieli z tak samo silnego rozczynu sublimatu na skórę, niepozbawioną powłoki tłuszczowéj.

Daléj widzimy, że w moczu zebranym z dni następujących zaraz po doświadczeniu, a wolnych od kąpieli z chlorku rtęciowego, badanie chemiczne w żadném z pięciu pierwszych doświadczeń rtęci nie wykazało.

Rozczyn sublimatu w stosunku 1:1000 nie wywoływał żadnego zadrażnienia skóry. Rozczyn 1:500 sprawiał lekkie zaczerwienienie powierzchni skóry, połączone z przemijającém uczuciem palenia w skórze, jednak ani razu nie zauważono, aby wpływ żrący sublimatu sprowadził wyprysk lub w jaki inny sposób pozbawił skórę pokrywającego ją przyskórka. Ciepłota wyższa kąpieli wpływała zazwyczaj na wzmożenie się oznak zadrażnienia skóry sublimatem i z tego powodu stósowano kąpiele z rozczynu 11:500, o ciepłocie niższéj znacznie niż kąpiele z rozczynu 1:1000. Wielki wpływ na wywołanie zadrażnienia skóry rozczynem sublimatu zdaje się wywierać pozbawienie jéj powłoki tłuszczowéj. Podczas gdy bowiem po użyciu kąpieli z rozczynu 1:1000 na skórę tłuszczu nie pozbawioną (doświadczenie I i II) nie widzieliśmy żadnych objawów zadrażnienia skóry, to w doświadczeniu VI rozczyn taki sam po zmyciu powłoki tłuszczowéj sprowadzał wyraźne zaczerwienienie.

Aby ten lekki stopień zadrażnienia skóry, wywołany żrącém działaniem sublimatu, miał mieć jaki wpływ na sprawę chłonienia tego ciała przez skórę, nie zdaje się być prawdopodobném. Przedewszystkiém bowiem już w doświadczeniu drugiém, w którém wcale nie zauważyliśmy, aby jakiekolwiek objawy zadrażnienia wystąpiły, rtęć w moczu dała się z łatwością wykazać. Zadrażnienie skóry, jak to już nadmieniono, ograniczało się li tylko do zaczerwienienia skóry, nigdy zaś nie wywoływało uszkodzenia przyskórka, czy to przez powstanie pęcherzyków, czy guziczków, sączenia itp. Bardzo zaś zdaje się być nieprawdopodobném, aby proste przekrwienie w skórze mogło znieść warunki fizyjologiczne i ułatwić wessanie. Gdyby zresztą kto przypuścił, że właśnie to przekrwienie skóry ułatwia wessanie sublimatu, to poniekąd musiałby także przypuścić, że ponieważ przekrwienie takie zwykło prawie zawsze powstawać w mniejszym lub wyższym stopniu i po stósowaniu innych kąpieli, za tém w takim razie i poniekąd przekrwienie takie wchodzi w warunki fizyjologiczne, w jakich się skóra w czasie kąpieli znajdować zwykła. Zresztą w naszych doświadczeniach to zadrażnienie skóry, objawiające się pod postacią przekrwienia, ma jeszcze tém mniéj znaczenia, że w tych doświadczeniach, w których zauważyliśmy zaczerwienienie skóry po kąpieli, nigdy w dniu następnym nie stósowaliśmy na tę samą część skóry nowej kąpieli, lecz używaliśmy do doświadczeń innéj, zupełnie w fizyjologicznych warunkach zostającéj. Trudno zaś przypuścić, aby przekrwienie w skórze zaraz w początkach powstawało. Ponieważ kąpiel w naszych doświadczeniach trwała średnio 60 minut, przypuścić śmiało możemy, że to przekrwienie mogło wystąpić li tylko ku' końcowi kąpieli, że zatem jeżeli jaki wpływ na ilość chłonienia wywierało, to ten wpływ był minimalnym i w rachubę nie wchodzącym.

Śmiało więc możemy uważać wpływ drażniący sublimatu na skórę za obojętny dla wyniku naszych doświadczeń i z tego powodu na ich podstawie twierdzić, że:

1) Skóra w warunkach fizyjologicznych posiada własności chłonienia chlorku rtęciowego ($HgCl_2$) z rozczynów wodnych 1°/₀₀ i 2°/₀₀.

2) Ilość rtęci, jaka się przez skórę do obiegu krwi dostaje, jest bardzo małą i zależy od zagęszczenia rozczynu do kąpieli użytego.

3) Cała ilość rtęci, jak się zdaje, zostaje szybko z ustroju wydaloną, bo już w moczu z dni następnych ani śladu jéj wykazać nie można.

4) Powłoka tłuszczowa skóry utrudnia przechodzenie chlorku rtęciowego, jednak według wszelkiego prawdopodobieństwa nie do tego stopnia, jak to Parissot twierdzi.

W końcu zastanowić nam się wypada jeszcze o ile wyniki naszych doświadczeń mogą mieć praktyczne znaczenie.

Nasamprzód pod względem leczniczym udowadniają one nam, że rozczyn sublimatu wodny, nawet w rozcieńczeniu znacznem, przechodzi przez skórę. Zatém użycie kąpieli sublimatowych przeciw objawom kiły ma swe doświadczalne uzasadnienie. Jednakowoż ilość rtęci, jaka się do ustroju tą drogą dostaje, jest bardzo małą. Jeżeli bowiem do ocenienia jéj wzięlibyśmy za podstawę nawet wynik doświadczenia piątego, to na jednorazową kąpiel jednéj odnogi w rozczynie sublimatowym 1—2°/₀₀ przypadałoby prawie $^6/_{10}$ milligrama chlorku rtęciowego. Ilość ta jest zbyt małą, aby nawet, gdybyśmy ją odpowiednio do całéj powierzchni skóry pomnożyli, mogła iść w porównanie z tą ilością rtęci, jaką w celach leczniczych wprowadzamy do ustroju czy to wcieraniami szaruchy, czy to wstrzykiwaniami podskórnem związków rtęciowych, czy też wreszcie wewnętrznem podawaniem. Ztąd też zupełnie usprawiedliwionem wydaje nam się, że kąpiele sublimatowe stosuje się tylko przeciw objawom kiły u dzieci. Zresztą być może, że u dzieci skóra delikatniejsza posiada własność chłonienia w znacznie wyższym stopniu, i że tym sposobem rtęć łatwiéj i w większéj

ilości dostaje się u nich do ustroju niż u dorosłych. Zupełnie słusznėm więc zdaje się być spostrzeżenie lekarzy praktycznych, że kąpiele zawierające większe dawki sublimatu mogą wywołać objawy zatrucia, i że sublimatowe kąpiele należy dlatego stósować tylko w mocnėm rozcieńczeniu, dając na kąpiel 2—5 grm. sublimatu.

Na podstawie naszych doświadczeń wydaje nam się mało prawdopodobnėm twierdzenie niektórych autorów, że używanie sublimatu w chirurgii działa szkodliwie na zdrowie lekarzy skutkiem chłonienia tėj soli rtęciowėj przez skórę. Do opatrunków przeciwgnilnych używa się roztworów bardzo słabych, tak że roztwory 1°/₀₀ i 2°/₀₀, których my do doświadczeń używaliśmy, należą już do silnych. Tymczasem, jak to już wyżėj wykazaliśmy, wessanie sublimatu przez skórę, nawet z takich silniejszych roztworów, jest bardzo nieznacznėm. Zważywszy przytėm, że chirurg nie ma ciągle zamaczanych odnóg w roztworze sublimatu, jak to miało miejsce w naszych kąpielach sublimatowych, w których odnogę trzymaliśmy średnio przez 60 minut w ciepłym roztworze sublimatu, to przypuścić musimy, że te nader małe ilości sublimatu, jakieby się do ustroju przez skórę chirurga dostawały, nie mogą chyba żadnych wywołać objawów zatrucia. Również na podstawie naszych doświadczeń wykluczyć musimy przypuszczenie, aby działanie trujące chlorku rtęciowego rozwijało się skutkiem działania kumulatywnego tego środka, przez zatrzymanie maleńkich cząstek i nagromadzenie ich w ustroju. Jak to bowiem już wyżėj zauważyliśmy, nigdy nam się nieudało w moczu zebranym po doświadczeniu wykryć choćby nieznaczne ślady rtęci. Jeżeli więc mowa być może o szkodliwości sublimatu dla zdrowia stósujących go chirurgów, to ta szkodliwość zdaniem naszėm, zależeć może tylko od innych własności sublimatu, tj. jego lotności i mocnego działania żrącego. Łatwo bowiem pojąć, że przy rozpościeraniu roztworów sublimatu, na wielkie przestrzenie, jak to ma miejsce właśnie przy zastósowywaniu go w chirurgii, w obec warunków bardzo ułatwiających parowanie cieczy cząstki chlorku rtęciowego mają z łatwością unosić się w powietrze, i tą drogą dostać się do przewodów oddechowych. Skutkiem zaś działania żrącego sublimatu, po dłuższėm a ciągłėm używaniu jego roztworów, łatwo przyjść może do uszkodzenia przyskórka, a wtedy naturalnie pomijając już niebezpieczeństwo powstania wyprysku i wessanie tėj trucizny w większych ilościach z większą łatwością przez uszkodzoną skórę nastąpić może. Tėj drugiėj szkodliwości zaradzić można w niemałym stopniu pomazywaniem powierzchni skóry tłuszczami obojętnemi, bo jak to wykazaliśmy w dwóch ostatnich naszych doświadczeniach, powłoka tłuszczowa znacznie utrudnia wessanie sublimatu i stawia przytėm opór jego żrącemu działaniu.

Część chemiczną niniejszėj pracy wykonałem w pracowni chemii lekarskiėj Wgo Profesora Stopczańskiego.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Skazani zgłosili przeciw wyrokowi zażalenie nieważności do Sądu Najwyższego i Kasacyjnego w Wiedniu, a obrońca ich tameczny przedłożył akta w tłumaczeniu niemieckiėm prof. E. Hofmannowi z prośbą o wydanie swojėj opinii o całym przypadku. Prof. Hofmann uczynił zadość temu życzeniu, a jakkolwiek obszerne jego orzeczenie było tylko prywatnėm, to jednak zaważyło ono na szali o tyle, że Sąd Najwyższy mając sobie zwróconą uwagę na liczne wątpliwości przychylił się do prośby skazanych, skasował wyrok Sądu przysięgłych w Rzeszowie i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia i osądzenia trybunałowi przysięgłych w Krakowie, a orzeczenie prof. Hofmanna, jakkolwiek prywatne, Sąd Najwyższy załączył do aktów, które następnie Sądowi krakowskiemu odesłał. Już więc z tego powodu, pomijając już okoliczność, że obszerne orzeczenie, wydane przez pierwszą w państwie powagę sądowolekarską, w każdym razie zasługuje na uwagę lekarzy, wypada mi zastanowić się nad tym elaboratem.

Zbyteczną byłoby rzeczą przytoczyć, że przeczytawszy orzeczenie prof. Hofmanna musiałem przyklasnąć trafności jego wywodów i zapewne każdy, z zawodu medycyną sądową zajmujący się a znający zasady, któremi nauka się kieruje, musiałby w zupełności podzielić wywody pierwszorzędnego znawcy, pod warunkiem naturalnie, jeżeli premisy były prawdziwe i uzasadnione. Pod tym atoli względem nasuwały się niektóre wątpliwości, z tėj prostėj przyczyny, że prof. H. krytykując ostro protokół oględzin i orzeczenie obducentów oparł się nie na akcie oryginalnym, lecz na tłumaczeniu niemieckiėm, które wprawdzie miało być uskutecznione przez lekarza, władającego zarówno językiem polskim jak niemieckim, które jednak oryginału nigdy zastąpić nie może; a wątpliwości te nasunąć się musiały, gdy w swoim elaboracie prof. H. krytykuje pomiędzy innemi ustęp protokółu sekcyjnego, który w tłumaczeniu opiewa: *„die Gehirn-„haut ist hart, und an der Stelle, welche dem linken Stirn-„hügel entspricht, mit Blut überfüllt“*, podczas gdy w oryginale powiedziano: „Opona twarda mózgu w miejscu guzowi lewego ciemienia odpowiadającėm krwią zabiegła“; dalėj: *„das Gehirn ist pappartig zerflossen, u. „an der Stelle, welche dem linken Stirnhügel entspricht, mit „Blut überfüllt“* (w oryginale powiedziano: „wyraźnie zakrwawiony“), wreszcie ustęp „w głowie znajduje się podbiegnięcie krwawe wielkości talara“ tłumaczono: *„ein Rothlauf von der Grösse eines Thalers“*. Cytaty te, z elaboratu prof. H. wyjęte, dowodzą, że z opisu i tak arcyniefortunnego pp. obducentów w tłumaczeniu niemieckiėm zrobiono coś dziwacznego, które słuszny ściągnęło na siebie zarzut prof. H., że opis jest „powierzchowny i nieumiejętny“. Niedawno temu mieliśmy sposobność czytania całego tłumaczenia i więcėj jeszcze sprawdzić mogliśmy ustępów błędnie w języku niemieckim oddanych. Jeżeli więc z tego powodu nie wszystkie zarzuty prof. H. są uzasadnione, to jednak w głównych zarysach zasługują one wielce na uwagę. Idąc w ślad za orzeczeniem pp. obducentów prof. H. krytykuje ustęp za ustępem i tak:

Co do ustępu I najsłabszego ze wszystkich, jako Franciszka Mnichówna nie umarła na miejscu, w którėm ją znaleziono, prof. H. zbija motywa obducentów, jakoby za tėm twierdzeniem przemawiały obrażenia na brzuchu i znaczna zgnilizna, dowodząc słusznie, że obrażenia dowodzą tylko, że naprzód zostały zadane, a potėm dopiero ciało na brzuch ułożono, a znaczna zgnilizna właśnie przemawia za tėm, że ciało przez długi czas leżało w wilgoci.

Co do ustępu II nie ulega tylko wątpliwości złamanie żuchwy, co do powstania którego atoli nic pewnego orzec nie można, bo mogło ono powstać i w skutek spadnięcia z miejsca wyżéj położonego do rowu. Natomiast nie ma dowodu, że Mnichównéj zadano obrażenie w głowę, bo to co obducenci opisali, mogło być tak podbiegnięciem jako i prostą imbibicyją. Jeszcze mniéj udowodnioném jest poderznięcie gardła, a dowód przez obducentów przywiedziony, iż za poderznięciem przemawia reszta gardziela o brzegach gładkich, na uwagę nie zasługuje wcale, bo w ciele tak mocno gnijącém obducent nie rozpozna gardziela, a najprawdopodobniéj brano tu tchawicę za gardziel, ponieważ w ciele gnijącém tchawica przedstawia się jako worek białawy, wątły, a więc podobny do gardziela, a z powodu poprzecznego ułożenia pierścieni przychodzi prędko do poprzecznego przedarcia. Obecność krwi w sercu pomimo zgnilizny przemawia przeciw śmierci z zakrwawienia.

Co do ustępu III przypuścić wprawdzie należy, że Mnichówna była brzemienną, ale nie w 3—4 miesiącu, bo macica była większą aniżeli temu okresowi odpowiada. Następnie słusznie wytyka opisy takie, jak „osłony brzucha oraz i skóra mocno uszkodzona, brzegi resztek gładkie, jakby rznięte“, bo to nie opis lecz orzeczenie; daléj niedokładne opisy macicy i ścian brzusznych i nie wyklucza możności, że pęknięcie ścian brzusznych powstało skutkiem zgnilizny lub wywołane było przez zwierzęta.

Co do ustępu IV prof. H. zbija twierdzenie, jakoby głowa Mnichówny była skalpowaną i jakoby jéj wycięto części płciowe, bo brak powłok czaszkowych i części płciowych tłumaczy się najłatwiéj i najprościéj zgnilizną; również nie ma dowodu, że włosy z głowy odcięte zostały, bo warkocze mogły spaść skutkiem zgnilizny i zwierzęta mogły je zawlec na inne miejsce.

Obszerny swój wywód kończy prof. Hofmann wnioskiem, że gdy badanie sądowolekarskie odbyło się w sposób niedostateczny, gdy twierdzenia opierają się na domysłach śmiałych i błędnych, okazuje się konieczna potrzeba ponownego zbadania i ocenienia sprawy. Badanie nie winno się ograniczyć do części ciała przechowanych przez obducentów, lecz rozciągnąć je należy i na czaszkę i kręgosłup szyjny, w którymto celu wypada wydobyć zwłoki. Takie ponowne badanie i ocenienie atoli może doprowadzić do rezultatu pożądanego, jeżeli uskutecznione zostanie przez biegłych specyjalistów i dla tego wnosi, aby zasięgnięto opinii Wydziału.

To też Sąd Najwyższy ze wszystkich powodów nieważności przez obrońcę przytoczonych przyjął tylko za słuszny powód ten, że w sprawie tak ważnéj nie zasięgnięto opinii Wydziału lek. i dla tego uznał, że w myśl § 126 ustawy o postępowaniu karném należy poddać orzeczenie obducentów ocenieniu Wydziału, zwłaszcza „gdy dochodzenia na zwłokach zgniłych bezsprzecznie należą do najtrudniejszych zagadnień medycyny sądowéj z powodu większéj możności popełnienia błędu w spostrzeganiu“.

Na mocy tego orzeczenia zapadłego w Wiedniu d. 7 maja 1883 r. Prokuratoryja rządowa w Krakowie otrzymawszy akta zarządziła nasamprzód uzupełnienie śledztwa. Do tego uzupełnienia odnoszą się następujące akta:

1. Sprawozdanie Obserwatoryjum astronom. w Krakowie z d. 26 lipca 1883, w którém mieści się odpowiedź na zapytanie Sądu, jaką była zima r. 1881/2 w okolicy Lutczy. Zima była w ogóle łagodną, albowiem *minima* cieploty były: w grudniu — 7·0C. d. 16, w styczniu — 7·8C. d. 31, w lutym — 11·8C. d 8, tak że najzimniejszy okres czasu trwał od 31 stycznia do 8 lutego, zresztą były tylko trwałe przymrozki nocne, tak iż niżéj 0 były w grudniu dni 22, w styczniu 11, w lutym 15; średnia miesięczna cieplota była w grudniu — 1·0C., w styczniu — 0·0 a w lutym 0·5. Co do opadu, to w grudniu były 4 dni, w styczniu 7 dni, a w lutym 14 dni po największéj części ze śniegiem.

2. D. 29 sierpnia 1883 komisyja Sądowa udała się do Lutczy do parowu, w którym Mnichównę znaleziono, celem sprawdzenia, czy ona mogła spaść z brzegu parowu. Po rozmaitych próbach komisyja nabyła przekonania, że Mnichówna nie mogła przypadkiem wpaść do parowu.

3. D. 29 listopada 1883 przesłuchano w Sądzie krakowskim Dra Bielińskiego, którego wezwano do wyjaśnienia następujących wątpliwości:

Pytanie 1. Na czem oparli obducenci twierdzenie swoje, iż części miękkie na grzbietowéj części ciała tak w okolicy łopatki jakotéż i na udach były wyżarte?

Odpowiedź: Wynika to z brzegów szarpanych i nierówności brzegów uszkodzenia.

P. 2. Jak się przedstawiały części miękkie na karku, czy były utrzymane pod kołnierzem koszuli, jakie ich były brzegi, tak na karku, jakotéż na bocznych ku przodkowi powierzchni szyi położonych częściach?

Odp. Rąbek a raczéj kołnierz koszuli pokrywał części miękkie karku, na którym skóra była utrzymana barwy szarawéj i wysterczała po nad rąbek koszuli na mniéj lub więcéj pół cala. Brzeg skóry był gładki, równy, a mięśnie pod tém pasmem skóry rozmiękłe tak, iż powierzchnia tychże odpowiadająca brzegowi skóry przedtawiała się zaklęsłą. Brzeg ten skóry łukowato obejmował obie boczne strony szyi i dążył skośnie ku górnemu otworowi klatki piersiowéj, kończąc się w okolicy końca mostkowego obojczyków. Brzegi téj części skóry nie przedstawiały tak gładkiego i równego wejrzenia, jak na karku, jednakże nie były te brzegi ząbkowane ani téż strzępiaste. Po nad tym brzegiem skóry na karku brak zupełny części miękkich, tak iż kręgosłup zupełnie jest izolowany. Części składowe jego, tj. kręgi, były jednak więzadłami ze sobą połączone. Również widoczną była i podstawa czaszki.

P. 3. Jakie położenie zajmował opisany skrawek skóry na szyi, jak się zachowały krtań, tętnice szyjne, jakotéż przełyk?

Odp. Skrawek skóry utrzymany znajdował się po stronie prawéj szyi kształtu romboidalnego, skierowany swym węższym końcem ku górze ku brzegowi szczęki dolnéj. Dolny jego szerszy bok przechodził bezpośrednio w skórę klatki piersiowéj. Długość jednego brzegu tego skrawka wynosiła mniéj lub więcéj pół cala, przy dolnym brzegu około $1\frac{1}{2}$. Brzegi boczne skrawka były równe, gładkie. Natomiast brzegi skóry pokrywającéj klatkę piersiową, z którą skrawek ów był w związku, przedstawiały to samo wejrzenie, co brzegi skóry na bocznych częściach szyi. Brzeg górny był zupełnie wolny. Jak jednak brzegi tego końca wyglądały, tego sobie nie przypominam. Cała przestrzeń między kręgosłupem, brzegiem szczęki dolnéj, jakotéż brzegiem otworu górnego klatki piersiowéj, wypełniona była błotem. Po oddaleniu tegoż przez spłókanie a częścią i mechaniczne oddalenie, znalazły się wśród tego błota szczątki chrząstek krtaniowych, których kształt oznaczyć się nie dał, jakotéż odłamki kości gnykowéj, których ilości sobie nie przypomi-

nam. Ze wszystkich części ani krtani ani też naczyń krwionośnych dostrzedz już nie mogliśmy tak, iż wśród téj jamy wypełnionéj błotem znaleśliśmy tylko gardziel, którego górny koniec mniéj więcéj sięgać mógł do wysokości odpowiadającéj położeniu kości gnykowéj, który to koniec jego przedstawiał brzegi zupełnie gładkie, równe. Brzeg ten miał położenie poprzeczne, górnéj części gardziela zupełny był brak, jakotéż muskulatury jamy ustnéj, która bezpośrednio z ową jamą w szyi błotem wypełnioną komunikowała.

Pyt. 4. Jak się przedstawiały kości czaszki?

Odp. Kości czaszki jakotéż kości twarzowe były zupełnie obnażone. Z czepca ścięgnistego utrzymane były tylko części boczne, wśród których po stronie lewéj znajdowała się plama brudnoczerwona, jednak skrzepów krwi pomiędzy powięzią a czaszką nie było. Kości czaszki również zupełnie z części miękkich obnażone tak, iż tylko nieregularnego kształtu kawałki skóry pozostały na podstawie kostnéj nosa, którego części chrzęstnéj zupełny był brak. Szczęka dolna zupełnie zmacerowana połączona jednakże była z szczęką za pomocą więzadła. W oczodołach znajdowały się gałki oczne zupełnie próżne, zapadłe, jakotéż szczątki powiek górnych pergaminowatego wejrzenia.

Pyt. 5. Jakie przedstawiały uszkodzenia ściany brzuszne po stronie lewéj opisane w protokóle?

Odp. W ścianie brzusznéj nieco na lewo od linii środkowéj znajdował się otwór powstały w skutek ubytku ściany brzusznéj téj okolicy, którego brzegi przechodziły bezpośrednio w brzegi ubytku w okolicy łonowéj, w którém to miejscu części płciowych zewnętrznych wraz ze skórą okalającą i włosami zupełny brak, tak iż obie gałęzie kości łonowéj były widoczne, jakotéż iż można było widzieć guzy siedzeniowe przy położeniu grzbietowém zwłok. Brzegi otworu tego, którego wymiar poprzeczny wynosił 4—5 cali powyżéj spojenia łonowego, były równe, gładkie i przedstawiały się jak brzegi rany ostrém narzędziem utworzonéj, takież same wejrzenie przedstawiały brzegi ubytku w okolicy łonowéj sięgającéj w międzykrocze tak, iż różnicy pomiędzy wejrzeniem brzegów otworu ubytku tego a otworu w ścianie brzusznéj nie było. Wejrzenia dna ubytku w okolicy łonowéj dziś już opisać nie mogę; między wejrzeniem tych brzegów a brzegów ubytków znajdujących się na grzbietowéj części ciała, na udach i pośladkach był rażący kontrast tak, iż o różném pochodzeniu tych ubytków stanowczo orzec można było.

Pyt. 6. Jak się zachowały trzewa brzuszne, czy prócz macicy nie były inne trzewa uszkodzone?

Odp. Jelita znajdowały się na zewnątrz jamy brzusznéj pomiędzy nogami i nie były wcale uszkodzone tak, iż celem badania ich musieliśmy je nożyczkami otwierać. Wśród nich znajdował się kał płynny. W żołądku również nieuszkodzonym znajdowały się tak utrzymane pokarmy, iż jakość ich dokładnie można było oznaczyć. Tak samo przedstawiały się zupełnie nieuszkodzone inne trzewa, jak wątroba, śledziona, postaciowo zupełnie normalne.

Pyt. 7. Czy macica leżała razem z jelitami na zewnątrz jamy brzusznéj, czy też znajdowała się w naturalném położeniu w miednicy i jakie przedstawiała uszkodzenia?

Odp. Prócz jelit żadne z trzew brzusznych nie leżało po za jamą brzuszną. Macica leżała w naturalném położeniu w miednicy, zkąd ją obducent przy pomocy noża wydobył. W przodkowéj ścianie macicy widoczne były 3 szczeliny przez całą grubość ściany macicy sięgające. Otwierając macicę w celu obejrzenia wnętrza poprowadziliśmy cięcie wzdłuż brzegu, nie pamiętam prawego czy lewego, tak, iż ściana przodkowa przez nas wcale naruszona nie została i szczeliny znalezione żadnéj zmianie nie uległy. Jama macicy była zupełnie próżną, żadnych szczątków płodu nie zawierająca.

Pyt. 8. Czy inne kości nie uległy złamaniu?

Odp. Z wyjątkiem szczęki dolnéj wszystkie inne kości były nie nadwerężone.

Pyt. 9. W jakim stanie znajdował się mózg?

Odp. Istota mózgowa jakkolwiek miększa przedstawiała jednak taki stopień spójności, iż mózg w całości wydobyliśmy z czaszki i pokrajaliśmy go nożem. W oponach miękkich po stronie lewéj znajdowało się miejsce kształtu okrągławego, mniéj lub więcéj wielkości talara, w którém opony miękkie jednostajnie jasnoczerwono były zabarwione. Śladu krwi jednak wynaczynionéj nie znaleźliśmy ani pomiędzy oponami ani też w istocie mózgowéj. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Brunner: **O leczaniu złamań poprzecznych rzepki i wynikach ostatecznych takowego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Również zupłnie zadowalające wyniki pod względem czynnościowym przy leczeniu bezkrwawém podaje wielu innych autorów, między innymi Hamilton zestawia 117 przypadków, w których czynność odnogi ani razu nie została w wyższym stopniu upośledzoną pomimo, że zrost odłamków zawsze był łącznotkankowy a nigdy kostny; Briant zestawia 32 przypadki leczone rozmaitemi metodami bezkrwawemi ze skutkiem takim, iż wszyscy chorzy z wyjątkiem jednego, którego los nieznany, wrócili do swego dawnego zajęcia.

Malgaigne nie jest zadowolony z przypadków wyleczonych przez zrost łącznotkankowy, nawet przy nieznacznym rozstępie odłamków, bo tylko $3\frac{1}{2}'''$ wynoszącym, nie spostrzegał z pośród 40 przypadków ani razu powrotu prawidłowéj funkcyi.

Jeszcze przed wprowadzeniem postępowania antyseptycznego w chirurgii próbowano złamania podskórne rzepki leczyć drogą operacyi a to w celu sprowadzenia zrostu kostnego i osiągnięcia lepszych wyników pod względem funkcyjonalnym, sposób ten jednak w owym czasie wielu naśladowców nie znalazł, rezultaty tą drogą otrzymane nie były zbyt zachęcające. Po wprowadzeniu antyseptyki, w obec któréj operacyja znacznie mniejsze przedstawiała niebezpieczeństwo, pojawiły się rozmaite metody operacyjne, które mniejsze lub większe uznanie i rozpowszechnienie wnet sobie zdobyły. A temi są:

1) Punkcyja stawu celem wypuszczenia krwi wynaczynionéj i zbliżenia za świeża odłamków do siebie; podał ją Volkmann, a opisał przypadków w ten sposób leczonych 5 Schede, Jurowsky z kliniki Lückego 2, wreszcie we Francyi ma być przez większą część chirurgów wykonywaną.

2) Szew na ścięgnie (*Sehnennaht*) z otwarciem stawu lub bez tegoż. Szwu tego bez otwarcia stawu używał Volkmann kilka razy tylko do czasu wprowadzenia antyseptyki, a zakładał go w ten sposób, iż przez ścięgno mięśnia czterogłowowego przeciągał jednę nitkę, drugą przez więzadło rzepki i nitki te następnie na rzepce zawiązywał.

Szew z otwarciem stawu połączony podał Kocher a

nazwał go szwem okalającym rzepkę (*peripatellare Naht*), mocno skrzywioną igłą wprowadza się podwójny drut srebrny po pod dolnym brzegiem dolnego odłamka do stawu i tę samą igłę wykłuwa się po nad górnym brzegiem górnego odłamka, druty tak przeprowadzone na rzepce zawięzuje się.

Przypadków w ten sposób leczonych (przez samego Kochera) opisano 7, w klinice zurychskiéj 1.

3) Szew kostny po szerokiém otwarciu stawu.

B. z przyczyn łatwo zrozumiałych rozbiera tylko przypadki operowane już po wprowadzeniu antyseptyki a zebrał przypadków po świeżém złamaniu podskórném operowanych 45, tyleż złamań zadawnionych, razem 90 przypadków.

Zestawiając wyniki leczenia bezkrwawego z wynikami leczenia krwawego rzecz przedstawia ostatecznie tak: Odnośnie do punkcyi stawu wydanie sądu jest o tyle trudném, iż ograniczyć się musiano do nielicznych publikacyj Schedego i Jurowskiego.

Z rezultatów jakie osiągał sam Schede przekonywamy się, iż tą drogą częściéj otrzymać można zrost kostny niż zaniechając punkcyi. Schede lecząc 5 przypadków, widział 3 razy zrost kostny. Pod tym względem nie mogą z rezultatami Schedego współzawodniczyć ani rezultaty kliniki zurychskiéj, gdzie z pośród 30 przypadków 2 razy zrost był kostny, a tém mniéj jeszcze wyniki Hamiltona, który wśród 117 przypadków ani razu takowego nie stwierdził. Nie godzi się na to B., jakoby leczenie w téj metodzie miało trwać krócéj niż to bywa w metodach bezkrwawych, również nie potwierdza zapatrywania, jakoby wysięk stawu nie wydalony sztucznie sprowadzać miał chroniczny obrzęk jego. A wreszcie ze względu na wynik czynnościowy przypadki Schedego wcale nie przewyższają przypadków autora. Po za tém liczne przypadki pouczają, że punkcyja robiona jeszcze w przeciągu pierwszych 24 godzin po uszkodzeniu często nie prowadzi do zamierzonego celu, t. j. że wydobędzie w ten sposób zaledwie kilka kropel krwi. Uwzględniwszy, iż największa część chorych zgłasza się do lekarza jeszcze późniéj, to nietrudno nabrać przekonania, że w znacznéj liczbie przypadków mimo punkcyi usunięcie wysięku stawowego jest niemożliwém. Punkcyja przeto może być wskazaną w przypadku bardzo znacznego *haemarthros*, nie jest to zresztą zabieg niebezpieczny, przy złamaniach jednak z nieznacznym lub średnim tylko wysiękiem do stawu jest ona zbyteczną.

Wyniki otrzymane przez samego Kochera z leczenia podskórnych złamań szwem na ścięgnie zakładanym nie zachęcają wcale do naśladowania; z 7 przypadków w 2ch nastąpiło zropienie stawu, jeden nawet zakończył się śmiercią.

A wreszcie czy jest usprawiedliwioném w obec wyników, jakie wykazuje zestawienie 45 przypadków, otwarcie stawu i założenie swu kostnego? Lister, a za nim wielu innych chirurgów widzą w tém wskazanie do szwu kostnego, jakoby metodami starszemi, bezkrwawemi nie dały się osiągnąć rezultaty zadowalające pod względem czynnościowym. B. przeczy temu stanowczo i to nie tylko na podstawie przypadków własnych ale i doświadczenia Hamiltona i statystyki Bryanta.

Bądź co bądź pomimo braków, jakie i autor tym metodom przyznaje, rezultat funkcyjonalny był w znacznéj liczbie przypadków taki, że chorzy ostatecznie albo wcale nie doznawali trudności w chodzeniu albo tylko bardzo niewiele a co ważniejsza do pracy swéj zawodowéj powrócić byli w stanie. A przyzna każdy, iż dobra funkcyja jest tu rzeczą główną, a nie zrost kostny.

Nawet i ten zarzut nie da się utrzymać, jakoby blizna łącznotkankowa częściéj i łatwiéj przerywała się po zadziałaniu urazu; pokazało się, iż jest silniejszą, niż kość sama.

Kazuistyka przypadków operowanych wykazuje co prawda w $^2/_3$ częściach zakończenie sprawy szczęśliwe. W 13 przypadkach z pośród 45 doprowadzono tak szybko do zrostu kostnego i zupełnie prawidłowéj funkcyi jak nigdy posługując się metodami bezkrwawemi. Obok jednak tych świetnych rezultatów stwierdza się bardzo przykre zejście: 8 przypadków zropienia stawu, w 2ch musiano amputować odnogę, w 8 nastąpiło całkowite zesztywnienie dwa przyp. zakończyły się śmiercią. — Cyfry te zbyt przykre czynią wrażenie, abyśmy w obec cierpienia, które samo przez się życiu chorego wcale nie zagraża, mogli przekładać operacyję tę nad postępowanie bezkrwawe, zwłaszcza że ono zdoła przywrócić choremu zdolność do pracy zawodowéj a niebezpieczeństwa dla życia jego żadnego nie przedstawia. Autor przyznaje artrotomii w takich razach tylko pewne w y j ą t k o w e wskazania, a mianowicie gdy rozstęp odłamków jest bardzo znaczny, wybroczyna śródstawowa do takich rozmiarów dochodzi, iż koaptacyja odłamków staje się niemożebną, a przez punkcyję usunąć się nie da, gdy adaptacyję utrudnia obecność skrzepów krwi lub strzępów okostnowych albo wreszcie, gdy zastosowanie przyrządów odpowiednich uniemożliwią jakieś przypadkowe niekorzystne okoliczności (rany rozległe tuż powyżéj lub poniżéj kolana).

We wszystkich innych razach operacyja ta jest nieuzasadnioną.

Tak się zapatruje B. na kwestyję szwu kostnego w przyp. świeżych. Do odmiennych wniosków dochodzi odnośnie do przypadków złamań zadawnionych. W przypadkach, gdzie czy to skutkiem przeoczenia choroby czy téż nieodpowiedniego leczenia przyszło do całkowitéj utraty funkcyi odnośnéj odnogi, wypada w ostatecznym razie zdecydować się na operacyję. Nie trzeba się jednak nigdy z nią zbytnio spieszyć, jak to często czyniono dotychczas, wypróbować wpierw należycie inne mniéj niebezpieczne środki, a wreszcie potrzeba i to mieć na uwadze, iż najczęściéj przyczyną złéj funkcyi odnogi nie jest tyle rozstęp odłamków, ile głównie zanik i niedowład mięśnia czterogłowowego, na to zaś operacyją samą nie wpłyniemy. W takich przypadkach należy zawsze spróbować wprzód funkcyję poprawić przez konsekwentnie przeprowadzoną faradyzacyję mięśni wyprostnych uda, zanim się jeszcze do operacyi przystąpi. *(Deut. Zeitschr. f. Chirurg.* T. XXIII, z. I i II, 1885). *Dr. Gross.*

Zestawienia statystyczne i wywody autora zasługują istotnie na uwagę każdego lekarza, któryby miał w danym przypadku wybierać między operacyją a leczeniem bezkrwawém. Aczkolwiek autor w swych ostatecznych wnioskach może za daleko się posuwa, porzucając w świeżych przypadkach prawie zupełnie operacyję, to jednak szczególnie lekarze, nie posiadający całéj biegłości w nowoczesnéj technice operacyjnéj, p o w i n n i w z a s a d z i e p o s ł u g i w a ć s i ę j e d y n i e m e t o d a m i b e z k r w a w e m i, ale i operator wprawny w każdym poszczególnym przypadku sumiennie rozważyć musi, czy korzyści chorego przez operacyję osiągnąć się mające uprawniają do tak ważnego i co do ostatecznych wyników przecież niepewnego zabiegu. — Jeden przypadek, ze szczęśliwym wynikiem operowany, jeszcze

niczego nie dowodzi; z jego ogłoszeniem każdy się pospieszy, natomiast przypadki niepomyślnie zakończone bardzo niechętnie się ogłasza a bardzo często wcale się ich do publicznéj wiadomości nie podaje. — Równocześnie ogłoszony artykuł kol. Dra Bogdanika przemawia za słusznością zapatrywania się naszego na tę sprawę. Wdzięczność prawdziwa należy się autorowi, że się do wyjaśnienia téj kwestyi spornéj przyczynił ogłoszeniem spostrzeżenia tak pouczającego.

Mikulicz.

Choroby dzieci.

Dr. J. Prior: **O leczeniu krztuśca kokainem i o działaniu tegoż w chorobach nosa, gardziela i krtani.**

Jakiejkolwiek teoryi o istocie krztuśca trzymać się będziemy, przyznać należy, że bardzo ważną rolę zajmuje tutaj zadrażnienie zakończeń nerwowych w błonie śluzowéj krtani i oskrzeli. Nie udało się dotychczas co do rodzaju wpływów zadrażnienie to wywołujących wyjść poza granicę przypuszczeń i domniemywań, dla tego téż nie możemy jeszcze dzisiaj działać na nie bezpośrednio. Leczenie więc krztuśca musi być dzisiaj przeważnie symptomatycznem i ograniczyć się musi do zmniejszenia pobudliwości zakończeń nerwowych w błonie śluzowéj dróg oddechowych. W ten sposób działamy nietylko na częstość i siłę napadów kaszlu, ale także usuwamy cały szereg objawów i komplikacyj, które tenże za sobą pociąga. Kaszel sam przez się podwyższa stan zapalny błony śluzowéj dróg oddechowych, sprowadza zaburzenia w krążeniu krwi, wywołuje często pęknięcie naczyń, przez to krwotoki z oskrzeli, nosa, ust, gardziela itd., które nawet mogą być bezpośrednią przyczyną śmierci, gdy mają miejsce w mózgu. W skutek silnych i częstych napadów kaszlu powstać może rozedma płuc chroniczna. Całe odżywienie chorego wreszcie bardzo znacznie podupada, a to w skutek tego, że przy silnych napadach kaszlu wśród krztuśca powstają wymioty dopiero co spożytych i niestrawionych pokarmów. Dla tego też obniżając pobudliwość zakończeń nerwowych błony śluzowéj, zdaniem autora, działamy więcéj aniżeli czysto symptomatycznie.

Wiedziano już dawniéj o tém i starano się za pomocą rozmaitych środków, jak np. atropinu, beladony, makowca, morfinu, wodnika chloralowego, kwasu sinowodowego i jego preparatów, chininu, bromku potasu itd. obniżyć tę pobudliwość, działanie ich było atoli wątpliwe i nie stałe a często nie było go wcale. Z chwilą bliższego zapoznania się z własnościami kokainu zyskaliśmy lek, który, zdaniem autora, przewyższa wszystkie dotychczas w leczeniu krztuśca używane środki.

Autor przedsięwziął przedewszystkiém szereg doświadczeń nad sprawdzeniem za pomocą kokainu bezbolesności i zupełnego znieczulenia błony śluzowéj gardziela, krtani i nosa i doszedł do następujących wyników: Znieczulenie gardziela i krtani występuje w przeciągu 2, 3 do 4 minut po pędzelkowaniu 10, 15 do 20% roztworem chlorku kokainu, do sprowadzenia zaś bezbolesności potrzeba dla błony śluzowéj nosa i gardziela 2 do 4% roztworu, dla krtani zaś 5 do 8%.

W przypadkach zapalenia gardziela i migdałków, gdzie z powodu bolesności połykanie było bardzo bolesném lub niemożebném, stosował P. 10% roztwór kokainu, przyczém po 3 min. wystąpiło znieczulenie a połykanie stało się niebolesném.

W przypadku wrzodów kiłowych na migdałkach, języczku i łuku podniebiennym również z powodu niemożebności połykania pędzlował autor cały gardziel 10% roztworem kokainu z pomyślnym skutkiem. Taki sam roztwór usuwał zawsze kichanie przy katarze nosa i uczucie łechtania i drapania w *pharyngitis granulosa.* Przytém zauważył autor, że skutek trwał nietylko przez 1 do 2 godzin, ale czasem na cały dzień nieprzyjemne te objawy ustępowały.

Działanie kokainu w krztuścu było następujące: Podczas gdy przed podawaniem kokainu napady kaszlu występowały 3 do 4 razy na godzinę, po znieczuleniu krtani kokainem pierwszy napad wystąpił tuż po pędzelkowaniu, drugi dopiero w $^3/_4$ godziny, trzeci w $^3/_4$ godziny po drugim, czwarty w $^1/_4$ godz. po trzecim, tak że podczas gdy przed znieczuleniem w przeciągu 2 godz. było 6 do 8 silnych napadów kaszlu, po znieczuleniu było ich 3 o nasileniu znacznie mniejszém. W tym samym dniu po drugiém pędzelkowaniu pierwszy napad wystąpił dopiero w 40 minut, w następnych 3 godz. było ich 5, a więc mniéj lub więcéj ilość ich o połowę była mniejszą, aniżeli bez pędzelkowania. W trzecim dniu pędzelkował autor obok błony śluzowéj górnéj części krtani i chrząstek nalewkowych także dolną powierzchnię więzadeł głosowych za pomocą stosownie przez siebie urządzonéj gąbki, wychodząc z zasady, że śluz zatrzymujący się na dolnéj powierzchni więzadeł bardzo łatwo przez drażnienie wywołuje napady kaszlu. Skutek tego dokładnego pędzlowania był taki, że pierwszy napad wystąpił dopiero w 54 minut po pędzlowaniu; w dwóch zaś następnych godzinach były tylko dwa napady a więc razem w 3 godzinach były 3 napady. Ilość napadów w 6 następnych dniach pędzlowania zmniejszała się ciągle, tak że ostatecznie w ciągu dnia był tylko 1 a w ciągu nocy 3 napady. Siła ich była również coraz mniejszą, w 7 dniu już bez pędzlowania napady nie wystąpiły a choroba była wyleczoną.

W lekkich przypadkach krztuśca wystarcza pędzlowanie tylnéj części gardziela, aby zmniejszyć liczbę i nasilenie napadów kaszlu w bardzo widoczny sposób. Wymioty, które bez pędzlowania kokainem występują nieledwie przy każdym silniejszym napadzie w czasie pędzlowania, pojawiają się bardzo rzadko. W skutek tego téż odżywienie chorych nie podupada i dzieci stają się mniéj skłonnemi do chronicznych nieżytów oskrzelowych i gruźlicy, aniżeli bez pędzlowania. Obok tego bieg choroby nawet w ciężkich przypadkach jest skróconym. Autor więc uważa leczenie krztuśca kokainem za najodpowiedniejsze, chociaż przyznaje, że nie wszędzie da się zastósować. Względy pieniężne, zdaniem jego, nie wchodzą już obecnie w rachubę, bo roztwór 2:10 t. j. 20% wystarczyć może na 15 do 20 pędzlowań. (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 45 i 46). *Dr. Momidłowski.*

Dr. Clemente-Ferreira (z Brazylii): **O stósowaniu antipyrynu przeciw gorączce towarzyszącéj ząbkowaniu.**

Dotychczasowe doświadczenie pouczyło, że antipyryn ma szersze koło zastósowania u dzieci, aniżeli w praktyce osób dorosłych. Dr. Ferreira jest fanatycznym zwolennikiem stósowania antipyrynu w swojéj praktyce pedyjatrycznéj i krótką rozprawę, z któréj zdajemy sprawę, rozpoczyna od wykazania zbawiennych wyników, jakie odniósł z zalecania antipyrynu u dzieci w chorobach oskrzeli, płuc itd. W ostatnich czasach rozszerzył on pole stósowania antipyrynu, zalecając go w gorączkach, towarzyszących trudnemu ząbkowaniu; rzecz prosta, że autor nie stosuje nie tylko antipyrynu, ale żadnego leku, jeśli gorączka jest mierna, a chory ją znosi dobrze; mówi on tylko o tych wysokich stopniach, które z jednéj strony wywierają pognębia

jący wpływ na serce, a z drugiéj zdradzają nawał krwi do mózgu, i grożą dalszemi następstwami tego stanu chorobowego; dotychczas stósowane środki w podobnych okolicznościach (chinin, saletra itd.) nie doprowadziły do pożądanego celu; natomiast antipyryn, którego działanie kojące udowodnił autor w poprzednich rozprawach o tym przetworze, zbawiennie wpływa na system nerwowo-mózgowy, a głównie na stopień gorączki, którą obniża. Autor zapewnia sumarycznie, że we wszystkich analogicznych przypadkach, obok zupełnego spadku wysokiéj ciepłoty, następowało natychmiastowe ukojenie przypadów zadrażnienia układu mózgowo-nerwowego (niepokój, bezsenność, zgrzytanie zębami itd.). Dzienna dawka antipyrynu u dziecka wynosi 0,5—1,0; w razie nienoszenia, F. podaje go w lawatywie. Następstw ujemnych nie spostrzegał. Czy antipyryn działa na ośrodek ciepłotwórczy, stępiając jego wrażliwość o tyle, że nie oddziaływa na podrażnienie błony śluzowéj dziąseł w skutek ząbkowania? autor na to pytanie, rzecz naturalna, nie daje odpowiedzi. W każdym razie dotychczasowe doświadczenie pouczyło go, że antipyryn jest lekiem nadzwyczaj korzystnie działającym na stan gorączkowy dzieci trudno ząbkujących i z tego względu zasługuje na polecenie go ogółowi pedyjatrów. (*Revue mennsuelle des Maladies de l'enfance*, zeszyt październikowy 1886 r.). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Patologija.

Ebertha i Schimmelbuscha: **Badania doświadczalne nad zakrzepicą.** (Patrz Nr. 18 Przegl. Lek.) Sprawozdanie Dra Krokiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Gdzie włóknik przyczynia się do wytworzenia zakrzepu tam stanowi jego charakterystyczny składnik, zmienia wejrzenie zwykłego czopka płytkowego w sposób właściwy. Cienkie pasemka i siatka włóknikowa łączą większe i mniejsze grudki płytkowe, pochwytują drobne ich bryłki, przytrzymują czerwone i białe ciałka krwi i stwarzają nowe obrazy. W samej rzeczy jednak ilość włóknika jest bardzo mała w porównaniu z ilością napotykaną w skrzepie krwi wynaczynionéj. Krzepnienie jest sprawą, która w bardzo skromnych granicach pojawia się wśród krwi krążącéj, podczas gdy tu znowu często znajduje się zlepienie, a które jedynie prąd krwi i ciągły ruch części morfotycznych, gromadzących się, coraz bardziéj umożliwia. Tymczasem przeciwnie przedstawiają się stosunki śród tworzenia się skrzepu we krwi stagnującéj, gdzie główną rolę odgrywa krzepnienie. Niekiedy jednak i we krwi stagnującéj może się wytworzyć zlepienie a to wtedy, skoro treść naczynia, w którém krążenie ustało, ulega wstrząśnieniu, przez co choćby i słaby prąd się wytwarza w takowém, a płytki stykają się ze sobą i następowo ulegają téj zlepnéj przemianie. Nigdy atoli w tych przypadkach zlepienie nie przyjmuje szerszych rozmiarów, nigdy nie będą się tworzyły rozległe czopki, gdyż w pewnéj ilości krwi znajduje się tylko ograniczona liczba płytek, brak zaś ciągłego świeżego dowozu nowych elementów, boć to tylko wydarzać się może we krwi krążącéj.

Wiadomą już jest od dawna rzeczą, że zakrzepy, które się wytwarzają w ustroju żyjącym i przy trwającém krążeniu krwi są więcéj białe lub blado-różowe; zwykłe zaś skrzepy krwi są ciemno-czerwone. Ta różnica w barwie tłumaczy się tą okolicznością, że w pierwszym przypadku zakrzepy są wyrazem zlepienia się płytek krwi i dla tego właśnie są białe. Autorowie w ostatniém swém sprawozdaniu używali jeszcze nazwy „białych zakrzepów“ dla nagromadzonych płytek krwi. Ta jednak nazwa nie dotyczy istoty zjawiska, ona uwzględnia składnik, który wcale nie bierze udziału w tworzeniu się czopka, t. j. ciałka czerwone krwi. Zakrzep jednak może przypadkowo zawierać większe ilości ciałek czerwonych krwi i mieć barwę czerwoną, choć wytworzył się w naczyniach, wśród których krążenie krwi było utrzymane i śmiało zasługuje na nazwę konglutinacyi płytkowéj (zlepu składającego się z płytek krwi) a i skrzep włóknikowy, który się wydzielił z osocza po opadnięciu ciałek czerwonych krwi może być również zupełnie białym. Dla tego też autorowie uważają za rzecz wielce pożądaną, aby zamiast różnicy barwy, która jest zewnętrzną i nie cechuje istoty rzeczy, posługiwać się nadal istotną różnicą, t. j. wyrazem konglutinacyi lub koagulacyi.

IV. Związek zachodzący między nadwerężeniem ściany naczynia a wytwarzaniem się zakrzepu. Brücke dochodzi na mocy swych doświadczeń do wyniku, że krew pozostaje płynną jedynie wśród żywotnych i nienaruszonych ścian naczynia, a wszędzie krzepnie, gdzie ściana naczynia została naruszoną. Zdanie to utrwaliło się w nauce o zakrzepie i stało się prawidłem, aż inni patologowie, a na ich czele Cohnheim poszli daléj, utrzymując, że nie zmiana w ścianie naczynia wywołuje zakrzep, lecz do wywołania zakrzepu wyłącznie koniecznem jest nadwerężenie śródbłonka.

Wszystkie doświadczenia, które autorowie wykonali w celu wywołania zakrzepów a to przez zastósowanie bodźców różnorodnych na tętnice i żyły, doprowadzają do przekonania, że nadwerężenie ściany naczynia prowadzi najczęściéj do wytworzenia się zakrzepu w nich i że w nielicznych tylko przypadkach wynik był ujemny. Nadwerężenie zatém ściany naczynia nie koniecznie zawsze prowadzi do zakrzepu. Autorowie mieli względnie częste przypadki, gdzie pomimo wybitnego zadziałania bodźców na ściany naczynia nie mogli w nich stwierdzić czopów. Szczególnie zadziwiającą jest rzeczą w tych doświadczeniach, że częstokroć bardzo energiczne zadziałanie bodźca, co już gołém okiem dosadnie można było ocenić, pod drobnowidem dawało ujemne wyniki. Tak np. zmiażdżenie za pomocą pincety lub kauteryzowanie za pomocą zgęszczonego kw. chlorowodowego nie wywołały żadnéj zmiany w tkance ściany naczynia lub bardzo nieznaczną. Te okoliczności utrudniają też niezmiernie ocenienie, które warstwy ściany naczynia ubumierają. Że np. po kauteryzowaniu tętnicy lub żyły udowéj zgęszczonym kw. solnym i po następowém zbieleniu ścian zewnętrzne warstwy bł. dodatkowéj przynajmniéj zostały zniszczone, trudno wątpić; o ile jednak na wewnętrzne pokłady t. j. warstwę mięśni gładkich i błonę wewnętrzną tenże bodziec zadziałał, trudno rozstrzygnąć. W tym względzie przypalanie azotanem srebrowym jest nieocenione, albowiem śródbłonek, który wówczas zostaje nadwerężony lub obumiera, równocześnie zabarwia na czarno a tém samém i ślady działania uwydatnia. Doświadczenia autorów wykazują oczywiście, że samo zniszczenie ściany naczynia, zmiana śródbłonka lub brak takowego nie wystarczają jeszcze do wytworzenia zakrzepu. Najwybitniéj okazuje to silne tuszowanie azotanem srebrowym, gdzie przychodzi do znacznego strupa w świetle naczyniowém, który oddzieliwszy się częściowo zwisa wolno w takowém. Wtedy oddzielają się nietylko śródbłonek i błona elastyczna ale i warstwa mięśni gładkich, przytém te miejsca, w których nastąpiło równe, gładkie oddzielenie się różnych warstw w ścianie naczynia, po większéj części są wolne od

zakrzepów, natomiast brzegi tych ubytków, pofałdowana i zniszczona błona wewnętrzna, wyniosłości płaskie i kończyste, strup zwieszający do światła naczynia, w ogóle wszelkie chropowatości są punktem wyjścia takowych. Samo nadwerężenie naczynia zatém nie wystarcza, jeśli krew krąży, do wywołania zakrzepów, lecz do tego potrzeba i innych czynników. Jeśli zaś wszelkie wyniosłości płaskie i kończyste pokrywają się czopkami w okamgnieniu, podczas gdy na miejscach więcéj gładkich lubo nie mniéj uszkodzonych nie napotka się ich, to wskazuje, że czynniki te są mechanicznéj przyrody, że zależą od stosunków krążenia. Po gładkiéj powierzchni prąd krwi bez przeszkody płynie, podczas gdy na miejscach chropawych i nierównych napotyka na przeszkody. Tak więc nadwerężenie ściany naczynia wtedy wywołuje zakrzepicę, jeśli przez to sprawione zostało zaburzenie w krążeniu.

V. Zaburzenie w krążeniu a zakrzep. Przyczyną, dla któréj stosunki przy nadwerężeniu ściany naczynia inaczéj się przedstawiają, aniżeli to Brücke dla krwi w stanie spoczynku się znajdującéj zaznaczył, stanowi ta okoliczność, że tworzenie się zakrzepu w obu razach polega na dwóch odrębnych sprawach. W pierwszéj idzie o sprawę chemiczną, krzepnienie, w drugiéj o mechaniczną, zlepienie. Tam główną rolę odgrywają wpływy chemiczne, które za sobą pociąga nekroza ściany naczynia, wśród któréj krew stagnuje, podczas gdy tutaj przez ciągłą odnowę osocza na ścianie nadwerężonéj, przez mniéj więcéj przelotne zetknięcie się krwi z takową, wpływy chemiczne nie mają znaczenia, ale za to mechaniczne. Sposób, w jaki zakrzep się tworzy i jaki udział biorą w tém zboczenia w krążeniu, dokładnie daje się oznaczyć. W każdéj przepływającéj przez naczynie cieczy prąd osiowy szybciéj płynie niż przyścienny Elementy domięszane stałe, które mają znaczniejszy ciężar gatunkowy od téj cieczy, porwane są siłą prądu osiowego. Podobnie rzecz się ma i w naczyniach, gdzie w pędzie osiowym szybkim zwartym szeregiem płyną ciałka czerwone krwi a wśród nich płytki i znaczniejsza ilość ciałek białych; w prądzie zaś przyściennym, znacznie wolniejszym, znajduje się osocze a wśród niego jedynie nieliczne ciałka białe, a nigdy ciałka czerwone i płytki. Gdzie ten stosunek między prądem przyściennym a osiowym w całości jest utrzymany, tam nie może przyjść do zlepienia, gdyż płytki krwi nie stykają się ani ze ścianą naczynia, choćby ta była nadwerężona, ani ze sobą; prąd krwi osiowy przenosi płytki ponad miejscami nadwerężonemi, a przezto przeszkadza ich zetknięciu się wspólnemu i następowéj zlepnéj przemianie. Natomiast wtedy występuje możność zlepienia, skoro zwalnia się lub ustaje prąd osiowy, co może się wydarzyć w dwojaki sposób. Raz powstać może wirowanie prądu krwi przez nieprawidłowe wyniosłości lub uchyłki światła naczynia, przez co w końcu chyżość prądu tak się osłabia, że części morfotyczne krwi płynące wartkim prądem osiowym rozluźniają się, a wtedy ciałka białe krwi najrychléj się wykolejają, podczas gdy płytki krwi przy bardzo zwolnionem krążeniu a ciałka czerwone dopiero wtedy, gdy już blisko zastój ma nastąpić. A jeśli przez wirowanie lub zwolnienie prądu krwi nastąpiło wykolejenie płytek krwi, to jeszcze zachodzi pytanie, czy na tém miejscu są normalne stosunki, czy śródbłonek jest nienaruszony, który je natenczas ochrania od przemiany zlepnéj, lub czy działają na nie wpływy szkodliwe np. alteracyja ściany naczynia. W pierwszym przypadku płytki nienaruszone same się przeciskają, zanim ich daléj nie uniesie silniejsza i szybsza fala krwi, w drugim zlepiają się i tworzą zakrzep. *Dr. Krokiewicz.*

Farmakologija.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

32. Séguin poleca w ciężkich przypadkach kiły późnéj użycie dużych dawek jodku potasu po 10 do 40 gramów na dzień. Jako szczegółowe wskazania wymienia Séguin: 1) Owrzodzenia kilakowe liczne, głębokie lub szerzące się szybko. W takich przypadkach należy podawać po 10 do 15grm. dziennie, wzmagając zwolna dawkę. 2) W przypadkach chorób nerwowych na tle kiłowém. 3) W przypadkach ostrych bólów głowy pochodzenia kiłowego. W takich razach zacząć należy od 8grm. dziennie, podzielonych na dwie dawki i zwiększać stopniowo dawkę aż do 32grm. na dzień. 4) W przypadkach drgawki lub śpiączki na tle syfilitycznêm. 5) W przypadkach porażenia połowiczego, w których można przypuszczać, że już zaszły znaczne zmiany w ośrodkach nerwowych, jodek potasu w dużych dawkach nic nie pomoże, ale za to w okresie zwiastunowym duże dawki tego środka mogą dużo dobrego zdziałać. W końcu Séguin poleca używać jodku potasu na czczo i to najlepiéj w rozczynie jakiéj szczawy alkalicznéj.

33. Lereboullet i Henri Huchard polecają gorąco jodek sodu i potasu w miażdżycy naczyń. W tym względzie Lereboullet wyraża się o tym leku: *l'iodure de potassium peut devenir un agent héroique, principalement dans l'aortite et la dilatation de l'aorte*", a Huchard wyraża się: „*l'iodure de potassium est le médicament artériel par excellence, il est aux artéres ce que la digitale est au coeur*". Szczególniéj zachwala Huchard jodek potasu w *Angina pectoris*, w któréj już od 4 lat używa tego leku ku zupełnemu swojemu zadowoleniu i należy tutaj tylko nie zniechęcać się zaraz po pierwszych dawkach, tylko podawać go pilnie czas dłuższy.

34. Lépine podaje następujący przypadek ciężkiego zapalenia płuc, który leczył wstrzykiwaniami jodku sodu w miąższ płucny. Człowiek źle odżywiony, wynędzniały przybył na oddział autora z zapaleniem płuc krupowém, trwającém od 50 godzin. Zastrzyknięto natychmiast w miejsce nieco wyżéj zwątrobienia 25 centymetrów rozczyn jodku sodu. Rękoczyn ten, czy to, że ilość leku była niedostateczną, czy też, że lek nie dostał się w sam środek zwątrobienia, sprowadził tylko nieznaczne obniżenie ciepłoty. Ponieważ chory po tém zastrzyknięciu miał się względnie dobrze, zastrzyknął Lépine w 24 godzin późniéj drugi raz 60sz.cm. rozczynu jodku sodowego, zawierającego koło 4·0grm. czystéj soli. Ciepłota podniosła się chwilowo, zapewne skutkiem odczynu ustroju na wstrzyknięcie, poczém szybko zaczęła opadać a w 4 dni późniéj zapalenie płuc ustąpiło. Autor na podstawie téj odosobnionéj jak dotąd obserwacyi zachęca do dalszych doświadczeń i spostrzeżeń *(Revue de médecine*, 25 grudnia, 1885).

35. Da Coste poleca w padaczce bromek niklu przepisując go: *Rp. Nickeli bromati 0·60, Pulv. gummi arabic. Extracti gentianae āā 0·40, f. l. a. pilul. Nr. XII*, lub też *Rp. Nickeli bromati 10·0, Aq. destillatae 120·0, Glycerini 15·0, Sacchari albi 250·0*. (*Bull. thérap.*).

36. *Paris médical* (25 kwiecień, 1885) ogłasza następującą historyję choroby, wyjętą z *Revista de medicina*. Dziewczyna 20-letnia cierpi na bladnicę ze wszystkiemi objawami w wysokim stopniu. Żołądek nie znosi żadnych pokarmów. Wychudnienie znaczne. Ciężar 49 k°. Ponieważ

chora nie znosi żadnego przetworu żelaza, tylko dostaje wymiotów, polecono wstrzykiwania podskórne cytrynianu żelaza, po 1grm. dziennie rozczynu 1:10 wody. Prócz mało znaczącego bólu po pierwszych zastrzyknięciach żadnych innych objawów miejscowych. Po 12 zastrzykiwaniach pojawiła się miesiączka, polepszenie ogólne, ciężar ciała się wzmaga. Po 40 wstrzyknięciach wszystkie objawy błednicy ustąpiły a ciężar ciała podniósł się do 56k°.

37. Vieusse poleca gorąco *Magisterium bismuthi* w połączeniu z jaką obojętną zasypką, przeciw poceniu się nóg. Lek ten usuwa szybko tę niemiłą dolegliwość, działa zaś czysto miejscowo. W wielu przypadkach *Magisterium bismuthi* nietylko usuwa niemiłą woń, powstałą skutkiem pocenia się nóg, ale i leczy gruntownie samą chorobę. (*Gaz. hebd.*).

Inne leki organiczne.

38. Desuot podaje w *Bullet. Acad. med.* uwagi nad nowemi lekami przeczyszczającemi, jakiemi są Baptisin, Juglandin, Phytolaccin i Sanguinarin. Baptisin jest istotą żywiczną, otrzymywaną z *Baptisin. tinctoria*, czyli dzikiego indyktu. Podaje go się w dawce od 10—30 centygramów. W téj dawce jest to lek dość pewnie przeczyszczający, lecz sprawia trochę boleści. Juglandyn pochodzi z *Juglans cinorea*, czyli orzecha amerykańskiego, mianowicie otrzymuje go się z warstwy wewnętrznéj kory drzewnéj. Działa również już w dawce 10 do 20 centygramów przeczyszczająco, lecz zdaje się drażnić trochę przewód pokarmowy. *Phytolaccin* pochodzi z *Phytolacca decandia*, rośliny północno amerykańskiéj. W dawce 10—20 centygramów działa prawie zawsze pewnie, sprowadzając kilka łatwych, niebolesnych, obfitych, mocno żółto zabarwionych stolców. W dawkach większych fytolakcyn sprowadza wymioty, upadek sił, a niekiedy drgawki. Sangwinerin, również wyciąg żywiczny, otrzymuje się z *Sanguinaria canadensis*, rośliny z rodziny *Papaveraceae*. Środek ten polecany przez lekarzy amerykańskich, użyty przez autora nawet w dawce 50 centygramów, nie działał zupełnie.

39. J. B. Quinlau robił doświadczenia z rośliną, która już dawno cieszy się sławą dzielnego leku przeciw suchotom płucnym między wieśniakami irladzkimi. Jest nią dziewanna drobnokwiatowa, *Verbascum thapsus*, należąca do rodziny *Scrofularineae*, a znana we Francyi pod nazwą „*molène bouillon blanc*“. Wieśniacy irlandzcy używają rośliny téj w odwarze z mleka, biorąc około 30grm. liści suchych na litr mleka krowiego. Po zawrzeniu mleka zostawiają jeszcze z 10—15 minut liście w mleku, odsączają następnie, ocukrzają i podają napój na ciepło. Chory dziennie wypija 2—3 litrów takiego napoju. Przed doświadczeniami autora każdy chory był dokładnie ważonym, i o ile możności w ciągu całego leczenia w jednakowych warunkach utrzymywanym. Autor dochodzi do następujących wyników. W okresie zwiastunowym, daléj w okresie wychudnienia, jakie często poprzedza rozwinięcie się suchot płucnych, dziewanna wpływa niewątpliwie na podniesienie odżywienia i wzmożenie się ciężaru ciała, i to w wyższym stopniu niż tran, a w równym może jak kefir. Zdaniem autora samo mleko w tych warunkach podawane nie podnosiło w tym stopniu odżywienia. W okresie, w którym przychodzi już do rozpadu gruzełków, dziewanna znacznie ułatwia kaszel, tak, że chorym takim nie potrzeba już podawać żadnych środków wykrztuśnych, przytém chorzy tacy mający częstokroć wstręt do odżywiania się, chętnie piją mleko z odwarem dziewanny. W okresie późniejszym gruźlicy dziewanna zmniejsza lub zatrzymuje biegunkę. Gdyby mleko przyczyniało się do zwiększenia biegunki, należy podawać odwar dziewanny w wodzie ocukrzonéj. Liście dziewanny, palone na wzór tytoniu, łagodzą drażliwość dróg oddechowych i prawie zupełnie usuwają kurczowy kaszel. Liście te pali się w fajce z domieszką małą tytoniu lub téż w postaci cygaret, wyrabianych przez Weelera i Whitakesa. Tym sposobem, powiada Quinlau, podając suchotnikom dziewannę można zbawiennie wpływać na wszystkie objawy choroby, z wyjątkiem potów. Przeciw tym ostatnim używa autor wstrzykiwań podskórnych siarkanu atropinowego. W każdym razie więc dziewanna posiada wiele zalet stawiających ją wyżéj od dotąd najczęściéj używanych leków skrzepiających i uspakajających w suchotach płucnych, znacznie zaś przewyższa tran rybi, który chorzy zwykle z obrzydzeniem biorą. Tam więc, gdzie o prawdziwy, świeży kobyli kumys lub kefir trudno, najlepiéj, zdaniem autora, podawać odwar dziewanny w mleku. (*Bull. thérap.*).

40. Sok z drzewa figowego był znanym starożytnym z wielu własności leczniczych. Wspomina o tém Pliniusz a za nim lekarze średniowieczni. Bouchut w r. 1870 ogłosił pracę o własnościach tego soku, podnosząc, że działa na białko w sposób trawiący. Bianchi zachęcony tą pracą stwierdził, że istotnie sok świeży czy to z niedojrzałych owoców, czy z liści figowca, przemienia wilgotny włóknik w masę rozpuszczalną w wodzie, która daje odczyny właściwe peptonom. Z tego wnosi Bianchi, że świeży sok figowca wskazanym jest w objawach dyspeptycznych a zarazem, że może zastąpić tak w ostatnich czasach zalecaną papainę, przeciw błonom wrzekomym dyfterytycznym. Przed papainą ma sok figowca tę wyższość, że go każdego czasu z łatwością można mieć w stanie zupełnie świeżym. (*Semaine médic.*). *Dr. Kopff.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera.** We Wiedniu zdarzył się znów przypadek podejrzany wielce. Niejaki Franciszek Palecek, trudniący się zbieraniem kości i gałganów, zasłabł w szynku, a przywieziony w stanie nieprzytomnym do szpitala umarł w parę godzin. Uskarżał się za życia tylko na osłabienie i ból w żołądku, tak że nie podejrzywano wcale cholery. Przy sekcyi policyjnéj atoli znaleziono w treści jelit liczne prątki do przecinkowych podobne, tak że silne powstało podejrzenie, iż człowiek ten umarł z cholery. Prof. Weichselbaum zajęty jest bliższém zbadaniem bakteryjologiczném przypadku. Tymczasem przedsięwzięto wszystkie środki ostrożności.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·1. Z błonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 4 (2 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 4 błonicy i dławca, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 1 róży. W tygodniu od 10—16 października umarło z ospy: w Warszawie 9, w Budapeszcie 68, w Petersburgu 3, w Wiedniu 2. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 7. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 12, w Paryżu 29, w Londynie 21, w Petersburgu 13. Z odry umarło: w Paryżu 15, w Londynie 27. Z płonicy umarło: w Berlinie 10, w Budapeszcie 28, w Londynie 24, w Petersburgu 12, w Odesie 20, w Warszawie 21. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 10, w Berlinie 48, we Wrocławiu 10, w Dreźnie 9, w Budapeszcie 13, w Paryżu 18, w Londynie 27, w Chrystyjanii 12, w Kopenhadze 8, w Odesie 9. Z krztuśca umarło: w Paryżu 13, w Londynie 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; we Lwowie 35,5; w Brodach 33,1; w Drohobyczu 27,4; w Kołomyi 38,4; w Przemyślu 58.2; w Stanisławowie 45,5; w Tarnopolu 47,2; w Tarnowie 24,4; w Czerniowcach 28,3; w Warszawie 29,6; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu

21,0; w Salcburgu 13,6; w Gracu 23,9; w Lublanie 28,5; w Tryjeście 45,6; w Insbruku 18,8; w Pradze 24,4; w Pilznie 14,5; w Bernie 33,4; w Ołomuńcu 25,6; w Opawie 37,8; w Berlinie 23,2; we Wrocławiu 32,0; w Gdańsku 24,9; w Dreźnie 28,0; w Hamburgu 31,4; w Kolonii 30,3; w Lipsku 18,7; w Mnichowie 34,2; w Strasburgu 22,7; w Amsterdamie 18,0; w Bazylei 14,0; w Brukseli 22,9; w Budapeszcie 48,0; w Chrystyjanii 24,6; w Genewie 17,3; w Kopenhadze 27,0; w Londynie 16,0; w Odesie 38,6, w Paryżu 21,7; w Petersburgu 23,2; w Stokholmie 23,7; w Tryjeście 49,2; w Wenecyi 20,4; w Zurychu 16,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego w załatwieniu pierwotnego wniosku prof. Korczyńskiego uchwalono na wniosek prof. Domańskiego wydanie Spisu autorów i prac ogłoszonych przez nich w Przeglądzie Lekarskim w ciągu lat 25 istnienia tego tygodnika; rejestr ten, zajmować mający 8—10 arkuszy druku drobnego, układa doc. Grabowski z upoważnienia komisyi redakcyjnéj, a otrzymają go bezpłatnie wszyscy prenumeratorowie Przegl. Lek. w upominek jubileuszowy, koszta zaś pokryją w równych połowach Tow. lek. krakowskie i fundusz Przegl. Lek. Następnie na wniosek prezesa uchwalono wyjednać u Prezydenta miasta przypuszczenie delegata Tow. lek. w komisyi sanitarnéj miejskiéj do obrad komisyi cholerycznéj, a w końcu uchwalono poprzeć wodę sodową higijeniczną i leczniczą wyrabianą przez p. Rzącę, a o któréj na przeszłém posiedzeniu zdał sprawę doc. Jaworski.

* Z prawdziwą przyjemnością dowiadujemy się, że po śmierci Dra Machera, prymaryjusza szpitala w Biały. Dr. Bogdanik przez komitet miejscowy ustanowiony został prowizorycznym lekarzem tego szpitala. Spodziewamy się, że władza wyższa wybór ten potwierdzi, a wtedy szpitalowi bialskiemu wypadnie powinszować zdolnego i postępowego kierownika.

(*K.*) Znów jesteśmy w posiadaniu recepty, wydanéj dla choréj dobrze po polsku mówiącéj, gdzie mimo to znajduje się sygnatura niemiecka. Recepta ta pochodzi od Dra D. M. z Nowego Sącza, który na drukowanym nagłówku recepty umieszcza po polsku „że jest specyjalistą chorób kobiecych z Wiednia“. Prosimy pana M, ażeby zaniechał nadal postępowania, które uwłacza w wysokim stopniu społeczeństwu, w pośród którego żyje i które go żywi.

* Otrzymaliśmy zeszyty 39 i 40 dzieła p. t. *Biographisches Lexicon*, zamykające tom IV, a mieszczące w sobie życiorysy lekarzy począwszy od Pirogowa aż do Revillon, a pomiędzy niemi bijografije lekarzy polskich Pląskowskiego, Porcyjanki, Rabinowicza, Raciborskiego i Radziejewskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie Wrocław.** Dr. A. Lesser, fizyk sądowy, habilitował się jako docent medycyny sądowéj. — **Praga czeska.** Nowomianowany prof. położnictwa w Wydziale lek. niem. prof. Bandl przed samém rozpoczęciem wykładów popadł w zadumę i musiał wyjechać z Pragi.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali jeneralnym lekarzem sztabowym Dr. Juliusz Hlavač, szef sanitarny korpusu 11go; lekarzami pułkowymi 2éj kl. starsi lekarze Drowie Michał Martynowicz, Włodzimierz Hrycykiewicz i Julijan Dębicki; starszy lekarz sztabowy 1éj kl. Dr. Mikołaj Munk mianowany szefem sanitarnym w Zadarze. Wreszcie w marynarce wojennéj mianowany lekarz korwety Dr. Władysław Kwejzer lekarzem fregaty.

* **Nekrologija.** W Marburgu umarł dyrektor ogrodu botanicznego i zakładu farmakognostycznego prof. Wigand w 65 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj póltora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 13 listopada 1886. № 46. Rok XXV.

I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza.

Wyniki badania wydzieliny z ran świeżych pooperacyjnych pod względem obecności mikroorganizmów.

Doniesienie tymczasowe.

Podał
Dr. Bossowski,
asystent kliniki chirurgicznéj.

Znane prace Ogstona (*Uiber Abscesse. Archiv f. klin. Chir.*, 1880, t. 25) i Rosenbacha (*Mikroorganismen bei den Wundinfectionskrankheiten des Menschen.* Wiesbaden, 1884), z których, zwłaszcza ostatnia, oparta na najświeższych wzorowych metodach Kocha, zasłużone pozyskała uznanie, stwierdzone identycznemi spostrzeżeniami licznych badaczy późniejszych, wyjaśniły dostatecznie istotę i przyczynę ropni ostrych, odsłaniając szereg pasorzytów drobnowidowych, których wtargnięcie pomiędzy tkanki zwierzęce wywołuje niezawodne ropienie. Rozsiane w powietrzu, zalegając powierzchnię ciała, naszéj odzieży i przedmiotów otaczających, wnikają z łatwością przy nieznaczném nawet zranieniu w głąb tkanin, w ślad zaś za niemi rozwija się zapalenie ropne.

Znaczna liczba obserwacyj obejmująca blisko 50 przypadków leczonych w ciągu ostatniego półrocza w klinice chirurgicznéj krakowskiéj z powodu spraw zapalnych ropnych toczących się w najrozmaitszych narządach, przyniosła zgodne z badaniem Rosenbacha wyniki, jakkolwiek pominąć nie mogę, że dotąd nie wykryto w hodowlach t. z. *Micrococcus pyogenes tenuis,* który zresztą dość rzadko zdaje się przychodzić, gdyż Rosenbach w 30 ropniach ostrych napotkał go tylko raz jeden.

Rany zadane śród ostrożności antyseptycznych i osłonięte następowo opatrunkiem przeciwgnilnym przedstawiają odrębne, całkiem zmienione stosunki, zarządzone w celu powstrzymania przystępu i rozwoju zabłąkanych przypadkowo mimo wszelkich ostrożności istot drobnowidowych, których zgubnemu działaniu wyłącznie przypisać trzeba według spostrzeżeń Klemperera (*Uiber die Beziehung der Mikroorganismen zur Eiterung. Zeitsch. f. klin. Mediz.*, 1885, t. X), gdziekolwiek pojawiające się ropienie. Pospolicie przecież goją się rany operacyjne, o ile na to warunki mechaniczne pozwalają, przez rychłozrost, a wydzielina ich jest aseptyczną. Przedstawiając się zrazu w formie skrzepów lub płynu gęstawego, o ciemnokrwistém zabarwieniu, który wejrzeniem zbliżony jest do dziegciu, przybiera ona następnie cechę cieczy śluzowo-surowiczéj, obejmującéj nieliczne ciałka wypocinowe. Nastręcza się zatém pytanie, czy w ogóle wydzielina ran świeżych pooperacyjnych zawiera mikroorganizmy, a w danym razie, jakie znajdują się w niéj formy ich i rodzaje? Już Ranke, Schüller, Cheyne i inni znaleźli wprawdzie ustroje drobnowidowe pod opatrunkiem antyseptycznym, mało uwzględniając rodzaje napotkanych tu mikrobów; prace ich sięgają jednakowoż czasów, w których dziś uznane metody badania i hodowli bakteryj należały jeszcze do przyszłości, a i sama nauka o mikroorganizmach spoczywała jeszcze prawie w kolebce. W tych warunkach uzyskane wyniki wprawdzie niesprzeczne ze sobą co do obecności schyzomycetów w wydzielinie przyrannéj, nie dawały przecież dostatecznéj pewności, a w każdym razie potrzebowały stwierdzenia za pomocą dziś rozpowszechnionych metod, tém więcéj że posunięta naprzód nauka dokładniejszych domagała się w tym kierunku wyjaśnień.

Temu zadaniu starałem się sprostać za inicyjatywą prof. Mikulicza, a choć spostrzeżenia moje nie są dotąd wyczerpujące i nie obejmują zbyt wielkiego szeregu przypadków, to jednak pragnę dotychczasowe wyniki dziś już ogłosić, zachowując sobie wolność rozszerzenia méj pracy i opracowania jéj w szczegółach.

Posługując się metodami wskazanemi przez Kocha główny i najważniejszy kładłem nacisk na najtroskliwszą sterylizacyję naczyń, w które zbierano wydzielinę przyranną, aby w ten sposób zabezpieczyć się przed możliwemi domie-

szkami pasorzytniczemi. Jako pożywki do hodowli używałem nalewki mięsnéj, stężonéj za pomocą 10% gelatyny, którą po należytém rozdzieleniu wszczepionéj wydzieliny przyrannéj wylewano na płyty szklane w celu rozsadzenia jak naj dalszego różnogatunkowych organizmów. Rurki szklane z nalewką mięsną stężoną za pomocą gelatyny lub 1—2% agaru, z których te ostatnio poddawano w piecu wylęgowym ciepłocie 37—39°C., oddawały usługi, gdy chodziło o dalsze wyśledzenie cech i własności już odosobnionych rodzajów, chociaż nie rzadko przeszczepiałem również wydzielinę wprost do rurek odczynnikowych z pożywką agarową, aby w ten sposób kontrolować równocześnie prowadzone hodowle na płytach. W pewnéj liczbie przypadków próbowałem, czy i o ile płyty powleczone pożywką agaru mogłyby posłużyć do odosobnienia różnogatunkowych mikroorganizmów, których hodowle w tym przypadku możnaby przeprowadzić w ciepłocie wyższéj do 40°C. bez obawy rozpłynięcia się substratu odżywczego. W tym celu rozlewałem płynną pożywkę z agaru na należycie wyplenione płyty szklane i pozostawiałem je pod przykryciem dzwonu szklanego aż do zupełnego stężenia. Małą cząstkę badanego materyjału rozdzielałem przez tarcie i wstrząsanie w przekroplonéj i świeżo przegotowanéj w rurce sterylizowanéj wodzie, poczém cieniutką warstwę otrzymanéj zawiesiny wylewałem na powierzchnię oziębionéj i skrzepłéj pożywki agarowéj, wstawiając płytę natychmiast do komory szklanéj a z nią razem po upływie paru godzin do pieca wylęgowego. Cienka warstewka cieczy wysycha rychło, na powierzchni pożywki z agaru rozwijają się w ciepłocie pieca wylęgowego odosobnione gromadki jednorodnych mikroorganizmów. Jakkolwiek niebezpieczeństwo wtargnięcia drobnowidowych ustrojów zwiększa się z częstością odsłaniania naczyń hodowlanych, które przy użyciu płyt agarowych dwukrotnie się powtarza, to przecież rezultaty, jakie otrzymałem, były, w porównaniu z metodą płyt pokrytych gelatyną odżywczą, nie mniéj dobre. Wyższość płyt z pożywką agarową zasadza się na możności poddania ich wyższéj ciepłocie, niż ta, którą wytrzymują bez rozpłynięcia płyty z gelatyną, co w wielu razach, mianowicie przy obecności mikroorganizmów, które rozwijają się, wprawdzie w zwykłéj ciepłocie pokojowéj, lecz tak wolno, że przez inne szybciéj bujające w rozwoju swym bywają upośledzone, niemałą przedstawia korzyść. Jako materyjał do badania służyła treść sączków tkwiących w ranie, którą przy pierwszéj zmianie opatrunku, zazwyczaj 4 lub 5 dnia po operacyi przypadającéj, czasem dopiero w dni 6—7 równocześnie ze sączkiem przenoszono z rany do rurek szklanych sterylizowanych i ztąd dopiero przeszczepiano na wspomniane wyżéj pożywki. Wydzielina ta występująca już to w postaci zbitych lub rozmiękłych skrzepów krwi, blado- lub ciemno-czerwonych, już to w formie cieczy mniéj albo więcej gęstéj i krwawo zabarwionéj, lub nawet czasem ropiastéj, pochodziła wyłącznie z świeżych ran pooperacyjnych, do których zastósowano cały szereg wypróbowanych ostrożności antiseptycznych. Nadmienić muszę, że ze względu na niekorzystne stosunki zdrowotne kliniki chirurgicznéj używane wśród operacyj środki antiseptyczne przekraczają pod względem swéj siły procentowéj o wiele miarę za dostateczną uznaną, a zwłaszcza, że roztworom naszych płynów antiseptycznych na miejscu przyrządzanym nadaje się z powodu nie zbyt czystéj wody do rozczyniania służącéj wyższy stopień zgęszczenia, niżli to odpowiada zwykłym wymogom antiseptyki chirurgicznéj. Nie będę tu przytaczał bliższych szczegółów antiseptyki śródoperacyjnéj i następowego opatrzenia ran, których dokładne omówienie zamieścił już prof. Mikulicz w Przeglądzie Lekarskim, jakotéż w Archiwie Langenbecka, wspomnę więc tylko, że każdorazowo po założeniu szwu spajającego ranę przepłukiwano sączki 3% roztworem kwasu karbolowego, częstokroć nawet krótkotrwałym prądem 5% kwasu karbolowego, poczém zasypano liniję szwów proszkiem jodoformu i pokrywano ranę kilkuwarstwowym pokładem gazy jodoformowéj, któréj najgłębsze warstwy maczano w 5% roztworze kwasu karbolowego. Opatrunek zewnętrzny składa się z worków wypełnionych mchem, do którego dodaje się w pewnym stałym stosunku trocin napojonych dziegciem. Wyjątkowo tylko stosowano w miejsce worków mchowych odtłuszczoną watę Brunsa, nie zmieniając zresztą wcale innych części składowych opatrunku.

Ogółem zbadano wydzielinę w 42 przypadkach świeżych ran operacyjnych.

W ośmiu przypadkach badanie wydało wynik ujemny a w 34 przypadkach hodowle wykazały obecność mikroorganizmów.

Najczęściéj przydarzał się *staphylococcus albus*, a mianowicie w 11 przypadkach stanowił on wyłączne zanieczyszczenie wydzieliny przyrannéj, w 9 zaś przypadkach napotkano go obok innych ustrojów drobnowidowych. Ugrupowanie jego tak w hodowlach, jakotéż na obrazach mikroskopowych i cechy rozwojowe w pożywkach pozwalały przyznać mu prawa i właściwości organizmu nazwanego przez Rosenbacha *staphylococcus pyogenes albus*.

Staphylococcus aureus rozwinął się w 5 przypadkach sam jeden w hodowlach, w 3ch przypadkach wraz z innemi ustrojami, a śród tych dwukrotnie z *staphylococcus albus*.

Koki łańcuszkowe napotkano tylko w dwóch przypadkach i to łącznie z innemi organizmami, a mianowicie w jednym przypadku obok *staphylococcus albus*, w drugim zaś równocześnie z *staphylococcus aureus*. W obu razach dołączyło się ropienie dość znacznego stopnia. Inne mikroorganizmy, jakoto prątki, *bacterium* w ścisłém tego słowa znaczeniu, jakotéż koki, które jednak nie dały się podciągnąć pod żadną kategoryję dotąd znanych koków ropnych, znaleziono w 8 przypadkach. Kilkakrotnie przydarzał się zwłaszcza *coccus* mikroskopowo nieróżniący się od *staphylococcus pyogenes albus* i *aureus*, który jednak w hodowlach wybitne okazuje różnice. Smuga rozwijająca się w pożywce agarowéj, zrazu biaława, przybiera zwolna barwę lekko żółtawą, która z biegiem czasu przyjmuje odcień coraz więcéj żółtawy, tak że hodowla na szczycie swego rozwoju okazuje barwę szamoa-żółtą. Hodowany w pożywce gelatynowéj rozpuszcza ją po dniach kilku i osiada w postaci osadu żółtawego na dnie rurki. Przeszczepiony na króliki wznieca zaledwo słabą reakcyję zapalną w miejscu zaszczepienia, która znika niebawem bez powstania ropienia. Zgodnie z wynikami przeszczepienia nie zauważono też ropienia w ranach przezeń zakażonych, tak że *coccus* ten zdaje się być obojętnym pod względem chorobotwórczym, a znajomość jego ważną tylko o tyle, że hodowla barwą swą może zwrócić myśl na pokrewny mu wejrzeniem w pierwszéj chwili rozwoju *staphylococcus albus*, w późniejszym okresie możnaby pomieniać go z żółkniejącą hodowlą *staphylococcus pyogenes aureus*.

W tych przypadkach, gdzie *staphylococcus aureus* sam lub obok innych mikroorganizmów znajdował się w wydzielinie przyrannéj, stale dołączało się ropienie, które nawet

w jednym przypadku pociągnęło za sobą całkowite rozejście się rany. W trzech przypadkach ropienie wystąpiło w formie dość rozległego ropnia, w pozostałej zaś liczbie ran ograniczyło się do samego otworu sączkowego, z którego wydobywała się wydzielina ropiasta przez czas krótszy lub dłuższy. Podczas gdy w przypadku pierwszym rana goiła się w całości *per secundam intentionem*, w innych razach osiągnięto częściowe zlepienie rany przez rychłozrost. Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że skoro tylko odpływ wydzieliny był należycie zabezpieczony, mimo ropienia stan chorych był całkiem bezgorączkowy, lub ciepłota przekraczała normę zaledwo o kilka dziesiętnych stopnia.

Odmiennie nieco przedstawiało się zakażenie rany przez *staphylococcus albus*. Jakkolwiek i tu nie rzadko rozwijało się ropienie miernego stopnia w bezpośredniém otoczeniu otworu dla sączka lub w miejscu szwów i to przy stanie ogólnym zresztą wcale zadowalającym, a mianowicie bez znaczniejszego podwyższenia ciepłoty ciała, to jednak w innych razach przy znacznie podwyższonéj ciepłocie do 40°C. dochodzącéj rana sama zlepiona *per primam intentionem* albo nie zdradzała żadnéj nieprawidłowości lub lekkie tylko zaczerwienienie w bezpośredniém pobliżu brzegów rany, które w dni parę ustępowało bez śladu. Okoliczność ta przemawiałaby za przeniesieniem się jadu z miejsca zakażenia w głąb ustroju, a żałować jedynie wypada, że w tych właśnie razach nie uskuteczniono badania krwi. W przeważnéj części przypadków mimo obecności *staphylococcus albus* w wydzielinie przyrannéj nastąpiło gojenie przez rychłozrost a skąpa liczba rozwijających się w hodowlach kolonij świadczyła, że rozwój mikroorganizmów w ranie saméj był w wysokim stopniu utrudniony. Jeśli z ogólnéj sumy (20) ran zakażonych przez *staphylococcus albus* wykluczymy dwa przypadki, gdzie równocześnie napotkano *staphylococcus aureus* i trzeci powikłany obecnością *streptococcus*, na pozostałą liczbę 17 składa się 9 przypadków ran gojących się *per primam intentionem* przy stanie bezgorączkowym lub lekkiém tylko do 38·2°C. dochodzącém podwyższeniu ciepłoty, 5 przypadków, do których dołączyło się ropienie miernego zwykle stopnia i 3 przypadki z wysoką gorączką (do 40°C.), gdzie rana sama gojąca się przez rychłozrost nie okazywała znaczniejszego zaburzenia.

(Dokończenie nastąpi).

II. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego.

Streszczenie monografii przedłożonéj Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z d. 20 lipca 1886.

przez

Prof. Dra Henryka Kadyjego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Oprócz tych stosunków na poparcie twierdzenia, iż tętnica kręgowa jest wspólnym pniem dla przedniéj i tylnéj tętnicy korzeniowéj Igo nerwu szyjnego, mogę przytoczyć: *a)* fakty porównawczo-anatomiczne: np. u psów przy trzeciéj parze nerwów szyjnych przystępują stale tętnice, które rozmiarami i zachowaniem się przypominają tętnice kręgowe człowieka i rzeczywiście głównie przyczyniają się do utworzenia tętnicy podstawowéj, która bywa następnie tylko wzmocniona niepokaźnemi tętniczkami z pierwszemi nerwami oponę twardą przebijającemi; *b)* zdarzające się także u człowieka rzadkie nieprawidłowości, zależące na tém, iż pień tętnicy kręgowéj przy drugim nerwie szyjnym wchodzi do wnętrza opony twardéj. Takie zboczenie znalazłem po prawéj stronie na jednym z rdzeni wyjętych dla badania naczyń. Podobny przypadek opisał Herberg (w r. 1845).

Na ośrodkach nerwowych a przedewszystkiém na rdzeniu rozwinięty jest przeto układ tętnic, złożony z pni poprzecznych (tętnic korzeniowych) i łączących je podłużnych łańcuchów, który przedstawia niezaprzeczone podobieństwo do układu tętnic w ścianach ciała, gdzie poprzecznie do osi ciała przebiegające tętnice (międzyżebrowe itp.) połączone są między sobą pniami podłużnemi *(art. mammaria, epigastrica* a nawet główny pień tętnicy głównéj). Może być, iż tętnice na powierzchni rdzenia są nawet homologiczne tętnicom ścian ciała.

Gałązki, odchodzące od wspomnianych trzech głównych łańcuchów tętniczych rdzenia, okazują przebieg przeważnie znowu poprzeczny obejmując większe lub mniejsze części obwodu rdzenia. Dalsze ich rozgałęzienia na powierzchni rdzenia tworzą przedewszystkiém sieć zawartą w miękkiéj czyli naczyniowéj jego oponie. W sieci téj występują znowu podłużne anastomotyczne połączenia jako drugorzędne łańcuchy tętnicze, których wypada rozróżniać trzy pary, a mianowicie: *a)* tylne łańcuchy tętnicze *(tractus arteriosi posteriores)*, przebiegające na bocznych brzegach sznurów tylnych wzdłuż początków korzeni tylnych, *b)* boczne (średnie) łańcuchy tętnicze *(tractus arteriosi laterales)*, trzymając się przyczepów więzadła zębatego, *c)* przednio boczne łańcuchy tętnicze *(tractus arteriosi anterolaterales)* najwątlejsze ze wszystkich, które oplatają wyjścia przednich wiązek korzeniowych.

Na rdzeniu pacierzowym są zatém trzy główne i sześć drugorzędnych podłużnych łańcuchów tętniczych, razem przeto dziewięć, z których ośm jest parzystych.

Nieparzysty i pośrodkowe położenie zajmujący przedni łańcuch tętniczy jest wszakże w zawiązku również parzysty. Na poparcie tego twierdzenia mogę przytoczyć: *a)* Łańcuch ten powstaje przez wzajemne łączenie się gałęzi tętnic korzeniowych tak prawych jak też i lewych. *b)* W górnéj części rdzenia (na rdzeniu szyjnym prawie zawsze, na piersiowym niekiedy) w przebiegu przedniego łańcucha zdarzają się wysepki tak, iż przynajmniéj miejscami jest podwójny. *c)* Łańcuch ten wydaje liczne (około 200) gałązki, które wszedłszy w głąb rowka przedniego (w wypustce powstałéj z fałdu opony naczyniowéj) wnikają do kolumn szarych jako tętnice centralne rdzenia *(arteriae centrales medullae spinalis)*. Jedne z tych tętnic w całości udają się do prawéj kolumny, inne zaś wyłącznie zaopatrują kolumnę lewą. Prawe i lewe tętnice centralne oddzielnie odchodzą od łańcucha tętniczego przedniego. Tylko nader wyjątkowo i to jedynie przy dolnym końcu (w krzyżowym odcinku) rdzenia napotykamy jeden lub drugi pieniek tętniczy, który w wypustce opony wypełniającéj rowek albo na dnie tegoż dzieli się na prawą i lewą tętnicę centralną. *d)* W tych miejscach, gdzie przedni łańcuch tętniczy jest zdwojony (wysepki), od prawéj tętnicy wzdłuż rowka biegnącéj odchodzą bez wyjątku wyłącznie tylko prawe tętnice centralne, a od lewéj lewe.

Żyły korzeniowe rdzenia wyprowadzają krew z sieci żylnych, które oplatają rdzeń leżąc również w jego oponie. Siecie te w rozmieszczeniu swém całkiem niezależne od sieci tętniczych, zwykle czynią wrażenie splotów żylnych z powodu wężykowatego przebiegu; dosyć często tworzą one formalne żylaki, na co już Hyrtl zwrócił uwagę.

Tylko przy przednim łańcuchu tętniczym napotyka się żyły towarzyszące *(venae comitantes)*, które zachowują się podobnie jak żyły towarzyszące innym tętnicom (np. t. sprychowéj). Zresztą żyły na powierzchni równie jak wewnątrz rdzenia przebiegiem, sposobem rozgałęzienia i rozmiarami nie stosują się wcale do tętnic tych samych okolic.

Niezależność ta żył rdzenia od tętnic ryczałtowo objawia się tém, iż najokazalszemi są siecie żylne na tylnéj powierzchni rdzenia, podczas gdy najgłówniejsze pnie tętnicze znajdujemy na powierzchni przedniéj a następnie na bocznych. Przy głównych tętniczych łańcuchach tylno-bocznych zgoła nie ma żył. To też tylne żyły korzeniowe rdzenia odprowadzają większą część krwi, podczas gdy przeważną ilość krwi tętniczéj otrzymuje rdzeń drogą przednich tętnic korzeniowych.

Tętnice i żyły tworzące siecie w oponie naczyniowéj rdzenia (a więc także i główne ich łańcuchy) wydają liczne pieńki, które zwykle jeszcze w oponie miękkiéj przebiegając rozgałęziają się daléj drzewiasto, tak iż do samego rdzenia wnikają po największéj części drobne niekiedy gołém okiem nawet w stanie nastrzykanym zaledwie dostrzegalne naczyńka. Tętniczki w ten sposób zanurzające się w substancyi rdzenia są daleko liczniejsze, lecz też w ogóle nierównie drobniejsze aniżeli pieńki żylne.

Pomimo obfitego bogactwa w rozgałęzienia tętnicze i żylne, które znamionuje oponę miękką rdzenia jako błonę naczyniową czyli naczyniówkę rdzenia w całém słowa znaczeniu i stosunek jéj do tego narzędzia czyni podobnym do stosunku okostny względem kości — opona naczyniowa rdzenia nie posiada własnych naczyń włosowatych, co na licznych i zupełnie nastrzykanych preparatach z całą stanowczością stwierdziłem. Nie wychodzi to wszakże bynajmniéj na szkodę odżywienia téj błony, skoro wiemy, że także inne nierównie większéj objętości narzędzia (rogówka, chrząstki) nie mieszcząc wcale naczyń pośród swéj tkaniny, pobierają jednakże ze krwi materyjały odżywcze.

Najokazalszemi z naczyń do rdzenia wnikających są wspomnione już tętnice i żyły centralne. Pomimo, że żyły centralne wpadają do żył towarzyszących przedniemu tętniczemu łańcuchowi, od którego odchodzą tętnice centralne, w przebiegu i sposobie rozgałęzienia nie trzymają się ściśle tętnic téj samėj nazwy, ani też nie odpowiadają im liczbą i rozmiarami. Suma przekrojów żył centralnych nie jest $2^1/_2$ razy większą od sumy przekrojów tętnic centralnych tego samego odcinka rdzenia, lecz nawet cokolwiek mniejszą od ostatniéj. Ztąd wynika, że żyły centralne nie wystarczają nawet do odprowadzenia połowy téj krwi, którą tętnice centralne dostarczają rdzeniowi. Ten zajmujący stosunek zgadza się zupełnie z faktem wyżéj przytoczonym, iż żyły wynurzające się na powierzchni, t. j. na obwodzie, rdzenia są większe aniżeli tamże wnikające tętniczki.

Tętnice centralne (podobnie też żyły centralne) w głębi rowka przedniego zaginają się na prawo lub na lewo i wnikają między spoidłem a sznurem przednim do środkowéj części odnośnego słupa szarego *(substantia gelatinosa centralis)* a tam właśnie w tém miejscu, gdzie schodzą się róg przedni, róg tylny i spoidło, dzielą się przedewszystkiém na gałęzie wstępujące i zstępujące. Dopiero dalsze ich rozgałęzienia mogą przybierać kierunki więcéj poziome i promienisto rozbieżne, choć zwykle dzielą się drzewiasto wyginając się przytém w rozmaitych kierunkach podobnie jak konary starych drzew. Tylko drobniejsze, pojedynczym gałązkom większych (zwykłych) równoważne, zatrzymują przebieg więcéj poziomy tak, iż w skrawku poprzecznym odpowiedniéj grubości mogą w całości być zawarte. Rozróżnianie pewnéj liczby typowych ku pewnym grupom komórek dążących gałęzi u każdéj tętnicy centralnéj, jakie usiłował przeprowadzić Ross, nie odpowiada rzeczywistości.

Tętnice centralne zaopatrują nietylko szarą substancyję; rozmaite większe i mniejsze ich gałązki (nie stale wszakże) na obwodzie szarych słupów wkraczają w obręb białéj substancyi. Tętnice i żyły obwodowe, t. j. na zewnętrznéj powierzchni do rdzenia wnikające, przebiegają w ogóle poziomo w kierunkach dośrodkowych, t. j. ku osi rdzenia zwróconych. Zawarte są one wraz ze swemi rozgałęzieniami przybierającemi kierunki pionowe w przegrodach łączno-tkankowych, które rozgraniczają pojedyncze sznury białe, tudzież takich, które te sznury dzielą na wiązki włókien nerwowych. Mniejsze z tych naczyń obwodowych wyczerpują się już w istocie białéj; silniejsze zaś ostatecznemi swemi rozgałęzieniami wkraczają do kolumn szarych.

Rozmieszczenie naczyń obwodowych jest tak dalece nieregularném, na poszczególnych skrawkach poprzecznych po sobie następujących zmienném i w ogóle jakby dowolném, iż należy się wystrzegać zanadto daleko posuniętego schematyzowania ich liczby i położenia, jak to uczynili Ross i Adamkiewicz. Rozumie się wszakże, że w główniejszych przegrodach (rozgraniczających główne sznury białe) przebiegają w ogóle naczynia większych rozmiarów; wszelako i tu ani ich odstępy, ani następstwo po sobie, ani wzajemny stosunek rozmiarów nie stosuje się do pewnych prawideł, któreby można było ściśléj określić. (Dok. nast.).

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

4. D. 26 stycznia 1884 przesłuchano chirurga Meydla; zadano mu te same pytania co Drowi Bielińskiemu, a odpowiedzi jego opiewały jak następuje:

Co do 1go. W górnéj części po nad brzegiem skóry, który nad rąbkiem koszuli wysterczał, był tak kręgosłup jak dolna część tyłogłowia prawie zupełnie obnażona. Brzeg skóry saméj po nad rąbkiem koszuli szedł łukowato i zygzakowato wklęsłością ku czaszce zwrócony. Brzegi skóry na częściach bocznych szyi jakoteż i skrawka skośnie ku szczęce dolnéj biegnącego były równe, niezupełnie gładkie, bo w rozkładzie się znajdujące, zaś podług mego zdania z pewnością narzędziem ostrém zrobione. Brzeg skrawka skóry skośnie ku szczęce przebiegającego był do szczęki przyczepiony a nie od niéj oddzielony.

Co do 2go. Co do położenia skrawka skóry na szyi było ono takie, jak je podał Dr. Bieliński. Przestrzeń między szczęką dolną a górnym otworem klatki piersiowéj wypełniona była błotem, po usunięciu którego znajdowały się mięśnie w szyi rozmiękłe, tworzyły miazgę, wśród któréj mniéj lub więcéj w naturalném położeniu znajdowała się krtań postaciowo utrzymana, oddzielona od tchawicy tak, iż nawet resztek z tchawicy przy krtani

nie było. Tchawica zaś, której pierścienie chrzęstne dokładnie można było rozróżnić, rozmiękla tak, iż przy dotknięciu w rękach się rozłaziła. Toż samo naczynia szyjne były jeszcze utrzymane i w swym przebiegu przerwane tak, iż odróżnić można było górny i dolny odcinek. To samo przełyk przerwany był na górny i dolny odcinek, ściany jego były rozmiękłe, tak iż przy dotknięciu rozłaziły się. Brzegi zaś przedstawiały to samo wejrzenie, co brzeg skóry na karku, tj. że przy najmniejszém dotknięciu brzegi te aczkolwiek na pierwszy rzut oka ostremi się wydające zaraz strzępkowate się stały. Po zupełném oczyszczeniu i wypłukaniu błota zajmującego przestrzeń między górnym brzegiem klatki piersiowéj i dolną szczęką przedstawiała cała ta część wejrzenie rany o brzegach rozwartych.

Co do 3go. Kości czaszki na niektórych miejscach przedstawiały szczątki strzępiaste części miękkich. Kości twarzy częściowo pokryte były szczątkami części miękkich, jednakże skóry na tych szczątkach odróżnić nie można było. Wśród szczątków części miękkich na czaszce po lewéj stronie znajdująca się plama brudno-czerwona pochodziła zdaniem mojém z wynaczynienia krwi, lecz skrzepu krwi tamże nie było.

Co do 4go. Uszkodzenia jamy brzusznéj przedstawiały te same cechy, które Dr. B. podał. Jednak sądzę, że nic ze ściany brzusznéj nie brakowało, i że nie był kawałek wycięty, jak to Dr. B. podał.

Co się tyczy uszkodzenia w okolicy części płciowych zewnętrznych nie mógłbym podać dziś bliższych szczegółów i odwołuję się w téj mierze do protokółu oględzin.

Co do 5go. Zgodnie z Drem Bielińskim.

Co do 6go. Macica znajdowała się w naturalném położeniu; uszkodzenia jéj były takie, jak podał Dr. B.; według mego zdania sięgały one bardziéj ku górze, były dłuższemi. Ze ściany przodkowéj macicy nie brakowało nic, brzegi zaś tych szczelin były zupełnie gładkie i równe. Po wyjęciu macicy żadnych cięć na niéj nie uskuteczniłem i w tym stanie jak ją wyjąłem nie używszy noża oddałem do przechowania. I o cięciu, o którém Dr. B. wspomina wzdłuż lewego brzegu macicy nic nie wiem.

Co do 8go. Zgodnie z Drem Bielińskim.

Co do 9go. O tyle zgodnie z Drem B., iż owo zabarwienie czerwone w oponach miękkich było szczególniejsze, i że wśród istoty mózgowéj do głębokości 3—4 cm. istota mózgowa krwią była przesiąkła i przedstawiała wejrzenie podobne do apoplektycznego. Wymiary tego ogniska wynosiły około 4 cm. średnicy

5. D. 2 lutego 1884 udała się Komisyja sądowolekarska, w skład któréj wchodzili prof. Browicz i Dr. Żuławski z Krakowa do Lutczy, celem uskutecznienia ekshumacyi ponownéj zwłok Franciszki Mnichówny.

Komisyja udała się przedewszystkiém do mieszkania Ritterów i sędzia śledczy wskazał lekarzom tak piwnicę Ritterów jakotéż ich mieszkanie, które lekarze obejrzeli, a następnie po wskazaniu lekarzom sądowym wszystkich przyległych budynków, udała się komisyja drogą, którą według orzeczenia znawców sprawcy niosąc trupa iść mieli do parowu, w którym znaleziono zwłoki. Po obejrzeniu parowu jakotéż zbadaniu dna jego, tudzież po stwierdzeniu, że pomimo znacznego topnienia śniegu woda płynąca na dnie parowu nawet powyżéj kostek nie sięga, udała się komisyja na cmentarz w Lutczy celem przedsięwzięcia ekshumacyi. Tożsamość zwłok stwierdzili świadkowie przybrani.

1. Po wypuszczeniu z trumny znacznéj ilości wody brudnéj i cuchnącéj, znaleziono czaszkę przepiłowaną i brak szczęki dolnéj.

2. Części miękkich, z którychby rozpoznać można mięśnie lub organa wewnętrzne, wcale nie ma. Znaleziono tylko gęstą ciemno-szarą cuchnącą miazgę, jakby ziemi rozrobionéj z wodą, wśród któréj to miazgi kości leżą. Nadto znajdują się mniejsze i miększe kawałki zmydlone, które są kruche.

3. Począwszy od palców nóg wyjmowano kostkę za kostką i przekonano się, że tak pojedyncze falangi palców stopy jednéj i drugiéj, jakotéż kości śródstopia, kości podudzia, oba uda kości miednicy, żebra, falangi palców rąk, kości śródręcza, przedramienia i ramienia obie łopatki, oba obojczyki, kości mostku, kość krzyżowa są całkowite, nieuszkodzone.

4. Następnie wyjęto z téj miazgi kręgi lędźwiowe grzbietowe i szyjne w liczbie 23, jakotéż podstawę czaszki i sklepienie jéj. Kości te wśród miazgi szaréj leżące są ciemno zabarwione, które to zabarwienie po opłukaniu w wodzie pozostaje, przez co na razie uszkodzeń tychże, gdyby jakie były, z pewnością rozpoznać nie można. Znaczniejszych atoli uszkodzeń nie ma.

5. W tym celu po opłukaniu wszystkich kręgów jako też i czaszki, po wysuszeniu na powietrzu, po staranném opakowaniu każdéj kostki z osobna, włożono takowe do skrzynki celem oczyszczenia i zbadania bliższego.

Co gdy nastąpiło w Krakowie, pp. znawcy podyktowali do protokółu co następuje:

1. Czaszka bez części dolnéj przepiłowana poprzecznie, jak to się zwykle przy sekcyi w celu wydobycia i obejrzenia mózgu dzieje; kierunek przecięcia po stronie prawéj zbacza od linii pozioméj nieco ku dołowi części tylnéj czaszki, w którém to miejscu mianowicie w okolicy guza potylicowego brzeg przecięcia nie jest równy w skutek podważenia dłutkiem przy otwarciu czaszki użytém. Po założeniu obu odcinków czaszki, tj. szczytu jakotéż części podstawowéj przylegają one ściśle do siebie i nie przedstawiają nigdzie jakiegokolwiek braku. Po obejrzeniu dokładném tak szczytu czaszki jakotéż i podstawy nie widać nigdzie ani téż na kościach twarzowych żadnego śladu złamania lub pęknięcia.

2. 23 sztuk kręgów, które są zupełnie prawidłowe, nienaruszone, a mianowicie kręgi szyjne co do liczby wszystkie zachowane, nie przedstawiają nigdzie śladu złamania, pęknięcia lub téż braku w skutek odłupania powstałego.

Orzeczenie. Na podstawie opisu przedłożonych kości jakotéż uwzględniając stan ich prawidłowy nie można żadną miarą orzec o rodzaju śmierci Franciszki Mnichówny ani téż co do sposobu, w jaki ona życia pozbawioną być mogła.

Po uskutecznieniu tych czynności uzupełniających, c. k. Sąd krajowy przesłał akta śledcze Wydziałowi lekarskiemu z następującą odezwą:

Z końcem miesiąca listopada lub téż w pierwszych dniach miesiąca grudnia r. 1881 w miejscowości Lutcza w okręgu c. k. Sądu powiatowego w Strzyżowie położonéj, zaginęła Franciszka Munich, wyrobnica, stanu wolnego, mająca przeszło lat 30.—Dopiero w dniu 6 marca 1882 odkryto przypadkowo w parowie gęsto krzakami i drzewami zarośniętym, na dnie którego jest ściek wody, zwłoki Franciszki

Mnich; w odległości kilkudziesięciu kroków od trupa znaleziono dwa warkocze Franciszki, daléj zaś sznurek, którym za życia Franciszka obwiązywała sobie nogę. Trup, jak to z protokółów oględzin miejscowości świetny Wydział wiadomość powziąść może, leżał na dnie parowu, na twarzy i na brzuchu, twarz miał zwróconą ku ziemi.— Prawa noga była wyciągnięta, lewa zaś podciągnięta pod ciało, natomiast ręce trupa leżały pod piersiami z palcami w kułak zgiętemi. Jedynie dolne części ciała, tj. nogi, leżały na dnie parowu, głowa trupa była ze skóry obnażoną i pozbawioną mięśni. — Według przeprowadzonego śledztwa, aczkolwiek na to stanowczych zeznań nie uzyskano, miała być Franciszka Mnich w ciąży.—Z zeznań jednego z obwinionych wynika, że w dniu tym, kiedy Franciszka Mnich zamordowaną została, już pod wieczór wezwała ją jedna obwiniona, aby się z nią udała po obiecane ziemniaki do piwnicy, że gdy obydwie poszły do piwnicy, udali się tam za niemi w skutek poprzedniéj zmowy reszta obwinionych, że gdy się już wszyscy w piwnicy znajdowali, jedna obwiniona podniosła świeczkę upaloną, która była w piwnicy, jeden z obwinionych zaświecił zapałkę, druga obwiniona podała świeczkę 3ciéj obwinionéj, która ją od zapałki zaświeciła, — jeden obwiniony wziął z ziemi siekierę a gdy Franciszka Mnich zdziwiona têm, co się dzieje, odwróciła się twarzą do tegoż, uderzył ją wówczas najpierw w głowę, a potém w twarz obuchem siekiery. Franciszka Mnich upadła na ziemię a dwie obwinione rzuciły się na nią, zarzuciły jéj płachtę na głowę, przewróciły na ziemię na wznak, trzymały ją za ręce, jeden obwiniony za nogi a drugi obwiniony gardło nożem poderznął.—Po upływie pół godziny widział jeden obwiniony, że drugi obwiniony z dwiema obwinionemi wynosili w płachcie coś długiego w kierunku ku parowu, w którym późniéj zwłoki Franciszki Mnich znaleziono, a w trzy lub cztery dni po dokonaném morderstwie miał oświadczyć jeden obwiniony drugiemu, że wyjął z Franciszki Mnich to, co w niéj było, to jest płód. — Obwiniony po okazaniu mu małéj siekiery uznał takową jako prawdopodobnie tę, którą uderzył Franciszkę Mnich, a po okazaniu mu noży uznał, że nóż w czarnéj oprawie, z częścią metalową połyskującą, jest prawdopodobnie tym, którym drugi obwiniony Franciszce Mnich gardło poderznął.— Załączając zatém odnośne akta, tudzież okazy czynu, mam zaszczyt upraszać Wysoki Wydział o udzielenie mi swego orzeczenia co do przyczyny śmierci Franciszki Mnich, a w szczególności o umotywowane odpowiedzi na następujące pytania: (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Krönlein: O leczeniu chirurgiczném ostrego posocznicowo-ropnego zapalenia rozlanego otrzewny.

Ostre posocznicowo-ropne zapalenie otrzewny należy do najcięższych chorób, ostry przebieg okazujących. Pod względem rokowania w téj chorobie zgadzają się najwybitniejsi i najdoświadczeńsi klinicyści na to, iż zejście śmiertelne jest regułą, wyzdrowienie tylko szczęśliwym przypadkiem. Szczególnie niepomyślnym jest przebieg tego zapalenia otrzewny, gdy ono powstało w następstwie przebicia mas zakaźnych do jamy brzusznéj.

Już Wegner 10 lat temu największe znaczenie w takich przypadkach przypisał téj okoliczności, iż z powodu znakomitéj siły chłonniczéj i znacznéj powierzchni otrzewny, na jakiéj to wchłanianie mas zakaźnych odbywać się może, następuje nader szybkie i gwałtowne zakażenie ogólne, twierdzi on nawet iż w obec niebezpieczeństwa, jakiém grozi ta septycemia, podrzędne tylko znaczenie ma zapalenie otrzewny wywołane następowo skutkiem zetknięcia ropy, posoki lub kału z otrzewną.

W obec grozy tego cierpienia z jednéj strony, niemocy środków wewnętrznych z drugiéj, uważać należy laparotomiję w celu jak najszybszego usunięcia ropy, posoki lub mas kałowych, dokładnego oczyszczenia jamy otrzewnowéj środkami przeciwzakaźnemi, a wreszcie i ewentualnego zeszycia otworu w jelicie lub żołądku, za jedyną deskę ratunku.

K. podaje spostrzeżenia swe w tym kierunku poczynione wśród ostatnich dwu lat, a doszedł, jak powiada, niezawiśle do zupełnie tych samych wyników co prof. Mikulicz.

Jeżeli komu trudno się zdecydować do operacyi ze względu na upadek sił chorego, trudność pewnego rozpoznania, powikłanie stosunków topograficznych w jamie otrzewnowéj, zlepienie i rozdęcie pętli jelitowych, wreszcie na trudność odnalezienia miejsca perforacyi i zeszycia, niech uwzględni, iż w razie niewykonania operacyi życie chorego jest w wysokim stopniu zagrożone prawie niechybną śmiercią. K. przyjmuje w zupełności zdanie Lawson-Taita: „skoro lekarz ma wątpliwości a chory w niebezpieczeństwie, należy operować“.—K. wykonał laparotomiję 3 razy w przypadkach rozlanego posocznico-ropnego zapalenia otrzewny; w 2 z tych nie zdołał tym zabiegiem chorym życia uratować, ale w jednym wynik był znakomity.

W jednym z tych niepomyślnie ukończonych przypadków rozchodziło się o silne nadzwyczaj zapalenie otrzewny skutkiem przedziurawienia wyrostka robaczkowego, przyszło do zlepów sieci i pętli jelitowych na przestrzeni prawego talerza biodrowego i małéj miednicy, jelito cienkie tuż u ujścia swego do jelita ślepego uciśnięte było przez kawałek sieci w kształcie sznurka po nad niém rozpiętego, ztąd objawy niedrożności jelit; śmierć nastąpiła we 2 dni po laparotomii.

W drugim z tych przypadków wykonano operacyję, tj. laparotomiję i zeszycie jelita za późno, bo pod koniec życia.

W trzecim wreszcie przypadku rozchodziło się o osobę 18-letnią, która po spożyciu wiśni wraz z pestkami dostała gwałtownéj kolki brzusznéj i wymiotów. W 8 dni potém przywieziono chorego do szpitala w stanie nader opłakanym: zupełna apatyja, *facies hipocratica*, odnogi zimne, brzuch wzdęty, wymioty kałowe, całkowity brak stolca. Po otwarciu jamy brzusznéj wydobyto z niéj wypocinę surowiczokrwawą i ropną kałem cuchnącą, przeszkody w drożności ani przedziurawienia jelita nie znaleziono. Jamę wypłukano $^1/_2$ ‰ rozczynem sublimatu. Chory wyzdrowiał.

W tym ostatnim przypadku autor widzi analogiję do przypadku prof. Mikulicza, w którym tenże operował już wśród zap. otrzewny z przedziurawienia jelita, miejsce przebicia odszukał, zeszył i w ten sposób życie choremu uratował.

Przypadki te dowodzą, że jesteśmy dziś w stanie zapalenie posocznicoworopne otrzewny drogą laparotomii uleczyć, jakakolwiekby tego była przyczyna i jakkolwiek nie wszystkie przypadki kończą się tak pomyślnie, to przecież zaznacza to znaczny postęp w leczeniu chirurgiczném. (*Arch. f. klin. Chirurg.* 1886, Bd. XXXIII 507—524). *Dr. Gross.*

Okulistyka.

Pierd'houy: **Powtórna próba przeszczepienia oka królika człowiekowi.**

Po nieudaniu się pierwszéj próby autor usiłował w drugim przypadku przeszczepić człowiekowi oko królicze. W tym przypadku ukończyło się wrzodzące zapalenie rogówki skutkiem ospy suchotami gałki ocznéj i dało powód do bólów współczulnych drugiego oka. Wyłuszczywszy chorą gałkę oczną, przyczém oszczędzał starannie mięśnie oczne i spojówkę gałkową a nerw wzrokowy przeciął tuż przy gałce, autor wyłuszczył oko królikowi pozostawiając do koła rogówki pasek spojówki około 4mm. szeroki i przecinając n. wz. nie zbyt blisko gałki ocznéj. Podczas wyłuszczenia przeprowadził P. przez kikut n. wz. podwójną nitkę katgutową, tak, iż tworzyła pętlę, która po zaciągnięciu służyła do spojenia n. wz. oka królika z n. wz. operowanego; prócz tego przeprowadził on przez ścięgna czterech mięśni prostych cztery nitki jedwabiu fenilowego, który następnie przewlókł przez tkankę okołorogówkową królika w ten sposób, jak się to czyni przy przemieszczaniu mięśni ku przodowi. Operacyję wykonano wśród częstego spłukiwania 3% rozczynem aseptolu a okolicę czterech szwów posypano mięszaniną jodoformu, dwusiarkanu chininowego i węgla. Do opatrunku użyto gazy i waty napojonéj rozczynem aseptolu. Gdy P. po trzech dniach rozwarł po raz pierwszy szparę powiekową, znalazł rogówkę oka przeszczepionego zupełnie przeźroczystą, spojówkę otaczającą rogówkę oka króliczego przyczepioną do spojówki chorego, a ruchy oka przeszczepionego bardzo mało upośledzone. Szóstego dnia po operacyi zaczęła się rogówka zaćmiewać, dziewiątego zajmował jéj środek wrzód, który w dwa dni późniéj sprowadził przebicie rogówki z opadnięciem tęczówki a pózniéj odejście soczewki i suchoty oka przeszczepionego. (*Gazetta medica Ital.-Lomb.*, *Annal. d'Ocul.*, lipiec i sierpień, 1886). *Rydel.*

Dr. L. Wolffberg: **Prosta metoda badania ilościowego poczucia barw w celach rozpoznawczych.**

Badania stosunku bystrości wzroku do ilościowego poczucia barw doprowadziły autora do wyniku, że często przy téj samej bystrości wzroku zachodzą u różnych chorych znaczne różnice co do ilościowego poczucia barw tego samego natężenia i przy tém samém oświetleniu. Fakt ten wywiera nieraz znaczny wpływ na zdolność oryjentacyjną chorych ze znaczném upośledzeniem wzroku. I tak z dwóch chorych, z których każdy liczy palce zaledwie na 1m., nieraz zauważyć można, że gdy jeden bez przewodnika kroku zrobić nie może, drugi porusza się z całą pewnością po nieznanéj często nawet dość ożywionéj ulicy. Przyczyną tego nie zawsze jest różnica w polu widzenia, ale mniejsza lub większa zdolność rozróżniania barw na pewną odległość. Polegając na saméj tylko bystrości wzroku musielibyśmy obu zaliczyć do jednéj kategoryi ślepych, a jednak cóż za kolosalna różnica we wzroku obydwu.

Te i tym podobne fakty przekonały autora, jak ważném dla ocenienia funkcyi jest zbadanie ilościowego poczucia barw. Dla oznaczenia jednak chorobowych wahań trzeba było wiedzieć, jak wielką jest ta zdolność oka prawidłowego, aby ją wziąść za miarę. I pokazało się, że w ogólności przy stałém dzienném oświetleniu oko prawidłowe czerwień Marksa [1]) o 2mm. średnicy i błękit Marksa o 7mm. średnicy rozpoznaje jeszcze na 6m. odległości. Poszukiwania te doprowadziły autora do ciekawego, a z prawidłem powyższém na pozór sprzecznego wyniku, że nie rzadko przy t. z. normalnéj bystrości wzroku zdolność ta zachowuje się rozmaicie, a nieraz o $^1/_2$ jest mniejszą. Gdyby przyczyną faktu tego miały być prawidłowe indywidualne wahania ilościowego poczucia barw, badania te nie miałyby dla dyjagnostyki oczywiście żadnego znaczenia. Rzecz jednak może mieć się inaczéj. Wiadomo bowiem, że tak zwana normalna bystrość wzroku jest tylko wartością średnią, która przysłużać może nawet oku choremu lub niemiarowemu, a która przed chorobą, względnie po korekcyi, mogła wynosić $^5/_3$ lub więcéj nawet. I w saméj rzeczy bliższe poszukiwanie przekonało autora, że w tych przypadkach rozchodziło się albo o lekką niemiarowość oka, gdzie wzrok po korekcyi podniósł się na $^5/_3$, albo też o jakąś zmianę chorobową (w jednym przypadku cierpiał chory na jaskrę chroniczną, gdzie wzrok dawniéj lepszy opadł do $^5/_5$). Gdzie zaś niemiarowość oka była przyczyną, tam cz^2 i $bł^7$ rozróżniali chorzy po korekcyi znowu na 6m.

W obec takich faktów nie podobna obronić się myśli, że badanie saméj tylko bystrości wzroku nie wystarcza jeszcze do ocenienia funkcyi plamki żółtéj, podczas gdy rozpoznawanie cz^2, $bł^7$ na $5^1/_2$—6m. ręczy nam za jéj prawidłowe zachowanie się łącznie z prawidłową bystrością wzroku.

Znając już normalną wartość poczucia ilościowego barw, pokusił się autor o wykazanie, w jakim stosunku z obniżaniem się bystrości wzroku zależnie od wad refrakcyi i chorób upośledzających poczucie światła, maleje ilościowe poczucie barw. W tym celu badał autor oddzielnie wpływ refrakcyi, a oddzielnie wpływ wszystkich innych chorób, które podporządkowywa pod jednę ogólną kategoryję chorób obniżających poczucie światła. W téj pierwszéj kategoryi oznaczał doświadczalnie stwarzając zarówno u siebie, jak i u innych zdrowych osób, odpowiedniemi szkłami różne formy ametropii, wpływ zaś chorób drugiéj grupy naśladował zmniejszaniem natężenia światła, począwszy od tego, przy którém $V = ^5/_5$, aż do tego stopnia, gdzie V opadło do rozpoznawania ruchów ręki bez podania kierunku. W ten sposób skonstruował autor tabliczkę, w któréj każdéj poszczególnéj wartości dla V odpowiada wartość dla cz^2, $bł^7$ raz przy wadach refrakcyi, oddzielnie zaś w chorobach zmniejszających poczucie światła. Nie mogąc w sprawozdaniu dla szczupłości miejsca pomieścić téj pouczającéj tabliczki, poprzestaniemy tylko na ogólnych wnioskach, jakie z niéj dla dyjagnostyki wyprowadzić się dadzą. (Dok. nast.).

[1]) Czerwień i błękit Marksa są to prawie jednorodnéj barwy barwiki, któremi napojone są płatki sukna, służące za przedmiot badania. Czerwień znaczy autor krótko przez cz^2 (2 oznacza średnicę), błękit przez $bł^7$.

Choroby dzieci.

Dr. N. Th. Miller: **Wcześniaki i ich choroby.**

Znaczny procent ogólnéj liczby porodów dochodzący w Moskwie do 8·9% stanowią wcześniaki (*Frühgeborene*). W rzędzie różnorodnych przyczyn na pierwszém miejscu stoi kiła, dla tego też w obec każdego przedwczesnego porodu powinien lekarz baczyć, aby przeoczenie téj choroby nie stało się zgubnych następstw powodem.

W ciągu dziesięciu lat oddano do domu podrzutków w Moskwie (gdzie autor jest naczelnym lekarzem) 6036 wcześniaków. Do téj kategoryi liczono również noworodki ważące mniéj niż 2500g., których długość niedochodziła 45cm. Bliźniaki stanowiły trzecią część wszystkich przedwczesnych porodów. Największa ilość przedwczesnych poro-

dów zdarzała się na wiosnę, w zimie była większa niż w lecie.

Oznaki przedwczesnego urodzenia odpowiadały tak za życia jakotéż przy sekcyi czasowi urodzenia, różniąc się jednak czasem, znacznie nawet w takich przypadkach, które pozornie z tego samego okresu ciąży pochodziły. Zjawisko to tłumaczy autor indywidualnością matki i płodu. Skutkiem małéj powierzchni ciała, słabo rozwiniętéj podściółki tłuszczowéj, będącéj złym przewodnikiem ciepła, podlegają takie dzieci ziębnięciu. Ciepłota ciała opada częstokroć po porodzie do 30°C. a z powodu niedostatecznéj sprawy oddychania i utleniania jest nawet w następnych dniach i tygodniach mniejszą aniżeli u donoszonych. Ciepłoty ciała nie można często mimo przyrządów do ogrzewania doprowadzić wyżéj niż do 35°C., z tego powodu mogą i ostre choroby przebiegać bez gorączki. Zapaleniu płuc nie towarzyszy czasem ani gorączka ani kaszel, iż trudno je od niedodmy płuc odróżnić. Posocznica przebiega również bez gorączki, a żółtaczka będąca u takich dzieci samoistnym objawem chorobowym, nie może służyć za wskazówkę. Obojętność i śpiączka, zwykłe u wcześniaków objawy, utrudniają rozpoznanie ropnicy. Skłonność do chorób gnilnych jest wielka, jużto, że krew skutkiem małéj ilości włóknika nie łatwo krzepnie i trwałych skrzepów w naczyniach płodowych nie tworzy, jużto, że odpadnięcie pępowiny przeciąga się czasem aż do końca drugiego tygodnia i to nie przez uschnięcie lecz przez odgnicie. W obec nieświetnych warunków szpitalnych, wywołuje takie powolne zabliźnianie się pępka częste zakażenia. Powolne krzepnienie krwi bywa powodem krwotoków pępkowych, wynaczynień na bł. śluzowych żołądka; kiła wrodzona bywa często tych krwotoków przyczyną.

Głos wcześniaków czasem zaledwie słyszalny. Słabe ich płuca skłonne do niedodmy, często tak rozległéj, że wydaje się, jakoby wcale nie oddychały. Niedodma zmniejsza przypływ powietrza do płuc, ułatwia tém samém gromadzenie i gnicie śluzu i staje się powodem zapalenia. Mała żywotność tkanin, suchość bł. śluzowéj jamy ust, brak śliny, dozwalają pleśniawkom szerzyć się w jamie gardłowéj, wywołują trudność połykania, przyczém mleko może się łatwo dostać do tchawicy i płuc i wywołać zapalenie płuc z zachłyśnienia *(Schluckpneumonie)*.

Sprawy żywotne odbywają się u wcześniaków z mniejszém natężeniem i powolniéj, dla tego téż znoszą one głód łatwiéj niż dzieci donoszone. Nużą się szybko przy ssaniu, a pracę tę można im ułatwić naciskając rytmicznie brodawkę. Natura dostarczyła ułatwienia wcześniakom darząc ich silniéj rozwiniętą, na dziąsłach wystającą błonką (bł. Magitto-Robina), która przy ssaniu obrzmiewa, i jest jakoby pomocniczą wargą przy chwytaniu brodawki. Skutkiem powolnego trawienia mleka wzmaga się skłonność do nieżytu kiszek. Słabo rozwinięte mięśnie i ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego opóźniają wydzielenie smółki i wywołują ustawiczne zatwardzenie. Skutkiem niskiéj ciepłoty ciała, niedostatecznego oddechania i powolniejszego krążenia krwi, powstają zawały w nerkach i sprawiają zatrzymanie moczu, kolkę nerkową, napady mocznicy, tém łatwiéj, iż skóra, nieposiadająca jeszcze dostatecznéj ilości gruczołów potnych, nie może zastąpić czynności nerek.

Czynności fizyjologiczne skóry odbywają się wolniéj niż u dzieci donoszonych, łuszczenie się naskórka, wypadanie meszku, trwa czasem aż do końca drugiego miesiąca. Nie ma prawie dziecka (wcześniaka), któreby nie miało twardziny *(Sclerema)* w nodze lub łydkach, co również z wadliwości krwi i krążenia pochodzi. W rzadkich przypadkach twardziny ogólnéj może ciepłota ciała spaść do 22°C., tętno do 40 ud. na minutę. Żółte zabarwienie skóry bywa prawie stale, żółtaczka trwa dłużéj, a towarzyszącą śpiączkę możnaby przypisać działaniu kwasów żółciowych na mózg.

System nerwowy wcześniaków jeszcze bardzo nierozwinięty, odruchy trudno wywołać. Mózg galaretowaty, komory mózgowe nierozszerzone, istota szara nie różni się od białéj, rowki i zakręty mózgu zaledwie znaczne. W istocie półkul znajdują się często ogniska stłuszczonéj osnowy nerwowéj wielkości soczewicy lub grochu, które Virchow uważał za wrodzone zapalenie mózgu, Jastrowitz twierdzi, że to jest normalném zjawiskiem u noworodków. Ubytek na ciężarze jest w pierwszych dniach znacznie większy i trwa do końca drugiego tygodnia.

Zważywszy te anatomiczno fizyjologiczne właściwości wcześniaków, nie dziw, że śmiertelność mimo starannéj opieki jest tak wielką. W domach podrzutków w Rosyi wynosi przeszło 80%, w innych państwach obliczają na 66%; pierwsze dwa tygodnie najniebezpieczniejsze. Najmniéj nadziei rokują wcześniaki, których ciężar wynosi mniéj niż 1000g., długość 27cm. niedochodzi, również i te, których obwód czaszki mniejszy niż 25cm., a obwód piersi o 2½cm. mniejszy od obwodu czaszki; w końcu także, których obwód piersi nie przekracza połowy długości ciała. Złe rokowanie o dzieciach: których ciepłota mimo ogrzewania nie podnosi się nad 35°C., gdy pępowina do 12 dni nie odpadnie, gdy ciężar ciała nie podniósł się stosunkowo do pierwotnego, gdy pleśniawki zalegają w połyku: biegunka, zapalenie płuc i szerząca się twardzina nie dają nadziei życia.

Pielęgnowanie wcześniaków jest nader trudne; skutkiem używania parowych przyrządów podnosi się ciepłota w salach szpitalnych do 25°, powietrze psuje się szybko, sprawy rozkładu i gnicia postępują prędzéj, co na zdrowie dzieci niezmiernie źle wpływa.

W celu ustawicznego ogrzewania wcześniaków używają w domu podrzutków w Moskwie przyrządów, w których ciepłota utrzymuje się na wysokości 25—26°R. Przyrząd taki składa się z dwóch miedzianych wanienek, z których jedna wchodzi w drugą, pomiędzy ściany wlewa się co 2 godziny gorącą wodę. Dziecko w pieluszki owinięte mieści się w wannie górnéj. Stosownie zawinięte brzegi wanny wewnętrznéj przylegają ściśle do krawędzi w. zewnętrznéj. Długość wanienki wynosi 72cm., szerokość w głowie 46cm., w środku 43, w nogach 38cm.; wysokość 38cm., głębokość wanny wewn. 32—34cm. U dołu wanienki zewnętrznéj od strony nóg jest rura do wypuszczania ostudzonéj wody, w górze zaś szczelnie zamykany lejek do napuszczania wody gorącéj (10—12 litrów). Łóżeczko takie okrywa się gęstym muszlinem, na drutach rozpiętym.

W praktyce prywatnéj poleca autor zawijanie dzieci we watę, i ogrzewanie naczyniami gorącemi z wodą. Aby uniknąć przewijania, które oziębia i wyczerpuje, zawija się nagie dzieci we watę, a gdy się zanieczyszczą, wyskubuje się taki kawałek zastępując go nowym. Huśtanie szkodzi wcześniakom, ruch powietrza bowiem obniża ciepłotę. Aby zapobiedz zapadowi płuc *(collapsus)*, nie dozwala się dzieciom długo spać, lecz drażniąc nos i podeszwy pobudza się je do krzyku: od czasu do czasu daje się do wąchania amoniak, wodę kolońską. Za radą Lautha faradyzowano mięśnie brzucha i piersi. Również często używa się lawatyw pobu-

dzających z nastoju piżma i rumu, oraz wstrzykiwania podskórne eteru i koniaku. Czasami używa się kąpieli aromatycznych. Ponieważ wcześniaki ssać nie mogą, wkrapla się im mleko z piersi za pomocą łyżeczki często, a w małych ilościach, jeżeli zaś z powodu pleśniawek połykać nie mogą, karmi się je elastyczną sondą lub za pomocą lejka przez nos. W twardzinie łydek pomaga mięsienie.

Aby o ile możności najwięcéj krwi wcześniakom przysporzyć, nie należy wcześnie podwiązywać pępowiny.

Niezmiernie rzadko zdarzają się przypadki utrzymania życia wcześniaków z wcześniejszego nad 29 tygodni okresu. Autor widział dzieci 600—700gr. ciężaru, które żyły po kilka dni, dzieci ważące 800—900gr. 22—24cm. dług. żyły tydzień lub dłużéj.

Jeżeli wcześniaki przeżyją najniebezpieczniejsze dla siebie 2 tygodnie, ssać zaczynają, oraz gdy na wadze przybierają, rozwijają się potém, względnie prędzéj od donoszonych. Spożywają stosunkowo więcéj, w końcu pierwszego miesiąca podnosi się ich ciężar do $^1/_3$ pierwotnego stanu, a podwojenie tegoż występuje rychléj, aniżeli u dzieci donoszonych. Długość ciała idzie również w tym stosunku. Zawsze jednak nawet w ciągu następnych miesięcy nie dosięgają ciężaru i długości dzieci donoszonych, a znamie przedwczesnego urodzenia towarzyszy im do późniejszego wieku. (*Jahrb. für Kinderheilk.*, 1886). *Dr. Murdzieński.*

Choroby nerwowe.

Gilles de la Tourette: **O nerwicy, polegającéj na niezbornych, mimowolnych ruchach, połączonych z naśladowaniem głosu (echolalia) i z wymawianiem słów rubasznych (coprolalia).**

Na podstawie swych spostrzeżeń klinicznych podaje autor obraz téj ciekawéj nerwicy, cechującéj się niezbornemi mimowolnemi i gwałtownemi skurczami różnych mięśni, mimowolném powtarzaniem słów, właśnie co wypowiedzianych przez otoczenie chorych *(echolalia)* i wymawianiem wbrew swéj woli słów rubasznych, trywialnych *(coprolalia)*. Niektórzy chorzy okazują tylko pierwszy objaw, to jest mimowolne ruchy. Choroba rozpoczyna się najczęściéj we wczesnym okresie życia (od 6 i 16 roku) od pląsawiczych skurczów mięśni twarzy lub odnóg (zginania i wyprostowywania palców, ruszania ramionami, wykrzywiania twarzy, nagłych skoków). Ruchy te są bardzo gwałtowne i szybkie, różnią się zatém wybitnie od ruchów, pojawiających się w zwykłéj pląsawicy. Wzruszenie umysłowe potęguje gwałtowność ruchów, natomiast we śnie i w przebieżnych chorobach gorączkowych ruchy stają się znacznie wolniejsze lub też znikają zupełnie. Czasem występują samoistne polepszenia. Chorzy nie przedstawiają nadto żadnych innych zboczeń; czucie, czynność zmysłów i funkcyje psychiczne są prawidłowe.

U niektórych chorych może się ograniczyć choroba tylko do opisanych zboczeń w ruchu. W przeważnéj jednak liczbie przypadków przyłączają się wcześniéj lub późniéj dalsze powyżéj wymienione objawy. Chory zaczyna pewnego dnia wśród mimowolnego wykonywania gwałtownych ruchów wydawać głosy nieartykułowane; późniéj krzyki te zamieniają się w słowa, przyczém chory wykrzykuje wbrew swéj woli kilkakrotnie jakiś wyraz i to najczęściéj to właśnie słowo, które ktokolwiek z otaczających podówczas wymówił. Chory więc powtarza jak echo właśnie co wymówiony wyraz *(echolalia)*. Czasem atoli już na sam widok jakiegoś przedmiotu wykrzykuje chory kilkakrotnie odpowiednią nazwę tegoż przedmiotu. Dość często naśladują chorzy najzupełniéj czynności osób otaczających, wykonywają dane sobie rozkazy z błyskawiczą szybkością, powtarzając zarazem głośno wydany rozkaz (np. gdy się zawoła na chorego: „rzuć to", chory rzuca szybko przedmiot trzymany w ręku i równocześnie powtarza kilkakrotnie: „rzuć to"). Objawem patognomonicznym téj choroby jest zdaniem autora tak zwana „*coprolalia*". Chory znajdując się w najwytworniejszém nawet towarzystwie wykrzykuje mimo najpotężniejszego wysiłku swéj woli wyrazy rubaszne. Objaw ten przydarza się u obojéj płci.

W etyjologii odgrywa dziedziczność bardzo ważną rolę. Wzruszenia psychiczne (przestrach, trwoga) dają nieraz bezpośredni pochop do wybuchu choroby. Płeć męzka popada częściéj téj chorobie, któréj przebieg jest bardzo uporczywy i długotrwały. Nasilenia i zwolnienia w objawach często się przydarzają, zupełnego jednak wyleczenia dotychczas nie stwierdzono — Rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności, o różnicy między pląsawicą wspomniano powyżéj. W leczeniu najwięcéj usługi oddaje hydroterapija, oddzielenie chorego, środki wzmacniające i prąd elektryczny. (*Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie* 1886, Nr. 19). *Dr. Prus.*

Oppenheim i Siemerling: **O porażeniu opuszkowém wrzekomém i ostrém.**

Autorowie opisują pięć przypadków choroby, którą ze względu na objawy kliniczne zaliczyć musiano do porażenia opuszkowego wrzekomego (*pseudoparalysis bulbaris*). U chorych liczących 40 lub 50 lat, okazujących miażdżycę tętnic, rozwinęło się wśród napadów udarowych porażenie odnóg i pojawiły się zboczenia opuszkowe. W chwili, kiedy chorzy usiłowali mówić, występowało kurczowe łkanie, a badanie wykazywało: niedowład podniebienia, utrudnienie połykania, ciężkie zaburzenia w oddychaniu, podwyższenie ciepłoty, porażenie nerwów krtaniowych, schorzenie nerwów wzrokowych (częściowy zanik), zmiany w ruchu odnóg, podwyższenie odruchów ścięgnistych, apatyję, ogłupienie i przemijające okresy podniecenia psychicznego. Przebieg choroby był z małemi przerwami postępowy. Przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono miażdżycę tętnic podstawowych mózgu, torbiele udarowe, ogniska rozmiękłe w obu półkulach, w torebce wewnętrznéj, w wielkich zwojach mózgowych i w korze. W rdzeniu przedłużonym wykazać można było raz już gołém okiem obecność ogniska rozmiękłego i badaniem drobnowidowém wykryto we wszystkich przypadkach ogniska chorobowe. W obec tego wyniku poszukiwań anatomopatologicznych wykreślić należy, zdaniem autorów, liczny zastęp przypadków opisanych pod nazwą porażenia opuszkowego wrzekomego, a to z powodu niedostatecznego badania drobnowidowego. Na podstawie powyższych przypadków twierdzą O. i S., że forma mięszana porażenia opuszkowego, tak zwana *paralysis cerebro-bulbaris glosso laryngo-labialis* przydarza się najczęściéj w przypadkach ostro się rozwijających porażeń opuszkowych i to na tle ciężkiéj miażdżycy tętnic. W końcu opisują autorowie przypadek ostrego porażenia opuszkowego, wywołanego skutkiem ucisku rdzenia przedłużonego przez tętniak tętnicy kręgowéj lewéj. (*Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1886, Nr. 20). *Dr. Prus.*

Fizyjologija.

Prof. Fürbringer: **O fizyjologicznéj czynności gruczołu krokowego i związku jéj ze zdolnością płodzenia.**

Z doświadczeń przez siebie czynionych F. doszedł do następujących wyników: 1) Wydzielina gruczołu krokowego

przedstawia się jako rzadka, mętna, jakby mlekiem zaprawiona ciecz, oddziaływa kwaśno i jest to zawiesina ziarenek złożonych przeważnie z lecytiny w płynie białkowatym. 2) Wydzielina taka jest nierozłącznym składnikiem nasienia wydzielonego na zewnątrz i ona nadaje nasieniu woń charakterystyczną, obok tego zawiera kryształki t. zw. Böttchera. F. opisuje ciekawy a rzadki przypadek. Chory X., lat 30, obok różnych przypadków nerwowych cierpiał na nasieniotok, który zdarzał się przy zupełnie spoczywającém prąciu bez podrażnienia płciowego kilka razy na tydzień. Wydzielina zapachu nie posiada żadnego, nie zawiera w sobie kryształków Böttcherowskich, a plemniki znajdujące się w znacznéj ilości nie okazują silnego ruchu, bo część ich mniejsza zaledwie się porusza, większa zaś żadnego ruchu nie okazuje. Po kilku minutach ruch zupełnie ustaje. F. wnioskował, że ma do czynienia z wydzieliną tylko pęcherzyków nasiennych na tle osłabienia nerwowego przewodów nasieniowych. Zachodziło pytanie, czy chory jest zdolny do płodzenia. Wiadomo bowiem, że mężczyźni, u których plemniki nie poruszają się, są bezpłodni, tém bardziéj, jeżeli jak w niniejszym przypadku i zdolność do spółkowania była osłabioną. Chory na 2 miesiące wyjechał do zakładu dla chorób nerwowych i wrócił w stanie znacznego polepszenia. Badanie cieczy, jaka się wydzieliła, okazało, że plemniki były w żywym ruchu, który nawet na drugi dzień jeszcze trwał, a w cieczy znajdowały się kryształki Böttchera, słowem nasienie było zupełnie normalne, tak że wszelkie było prawdopodobieństwo, że zdolność płodzenia istnieje. Z wielu jeszcze innych spostrzeżeń czynionych na chorych F. dochodzi do wniosku, że wydzielina gruczołu krokowego ma własność pobudzania do życia plemników zebranych w przewodach nasiennych i pęcherzyku nasiennym, jednak na obumierające już plemniki nie wywiera żadnego wpływu. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, Nr. 29). *Dr. J. Surzycki.*

Medycyna sądowa.

W Sekcyi sądowolekarskiéj Zjazdu lekarzy i przyrodników niem. w Berlinie odbyły się pod przewodnictwem prof. Limana 3 posiedzenia, w których wzięło udział 100 członków. Na tych posiedzeniach mieli wykłady:

1) Docent Ungar z Bonny o próbie żołądkowo-jelitowéj Breslaua, przypisując jéj wielkie znaczenie praktyczne w tych przypadkach, w których u dzieci żywo urodzonych sekcyja wykazuje bezpowietrzność płuc; otóż zdarza się, że powietrze dla przeszkód pewnych w przewodzie oddechowym nie może dostać się do płuc, a jednak dostaje się do żołądka i jelit, a obecność jego można wykazać za pomocą próby pływania przewodu pokarmowego. Kehrer mniemał, że powietrze dostaje się do żołądka przez aspiracyję, doświadczenia jednak wykazały, że dostaje się przez połykanie [1]). Powietrze w żołądku może atoli jeszcze za życia dziecka po części zniknąć przez wessanie, z którego to powodu po stopniu napełnienia żołądka powietrzem nie można wnosić o trwaniu życia dziecięcia.

W dyskusyi Falk potwierdza wprawdzie, że powietrze dostaje się do żołądka głównie przez połykanie, zwraca jednak uwagę, że śród postępowania Schultzego powietrze dostaje się nie tylko do płuc, ale i do żołądka, jakkolwiek jeszcze trudniéj do ostatniego aniżeli do płuc. Liman nie wierzy jeszcze w zupełną bezpowietrzność płuc u dzieci, które żywemi się urodziły a wskazuje, że przewód pokarmowy może pływać w skutek zebrania się gazów gnilnych.

2) Tenże mówił o sposobach wykazania plemników w nasieniu zaschniętém. Poleca on wymoczenie skrawków płótna w wodzie destyl. z dodaniem 2 kropli HCl i barwienie barwikami anilinowemi, głównie eozyną [2]).

3) Strassmann z Berlina mówił o 12 przypadkach śmierci z powieszenia, dowodząc, że złamania kości gnykowéj i krtani zdarzają się zarówno w samobójstwie, jak i u trupów powieszonych, a na powstanie ich wpływa jedynie wiek i zwyrodnienie chrząstek.

4) Prof. Liman mówił o znaczeniu mumifikacyi w rozpoznawaniu otrucia arszenikowego; nie uważa wprawdzie mumifikacyi za objaw pewny otrucia arszenikowego, ale téż nie zgadza się na twierdzenie Zajizara, jakoby ona w otruciu tém rzadziéj nawet się zdarzała, niż u innych trupów.

5) Zülzer z Berlina zwraca uwagę na znaczenie badania moczu w przypadkach otrucia, skoro ilości od 50—60 cm. sz. wystarczają do badania.

6) Heller z Kielu mówił o znaczeniu kiły wrodzonéj płuc dla medycyny sądowéj. Obok znanéj już *pneumonia alba* noworodków H. spostrzegał zap. płuc śródmiąższowe jako częsty objaw kiły wrodzonéj. Pod drobnowidem widzi się zgrubienie tkanki międzypęcherzykowéj, rozrost naczyń włosowatych, czasem kilaki.

7) Prof. Mendel z Berlina mówił o kwestyi włóczęgostwa ze stanowiska sądowolekarskiego, dowodząc, że między włóczęgami znajdował znaczny procent chorób umysłowych i dla tego domaga się, aby u oskarżonych o żebractwo i włóczęgostwo badano stan umysłowy. (*D. med. Wochenschr.*) *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 22 czerwca 1886.

W przedpołudniowych godzinach zwiedzano tutejsze publiczne zakłady lecznicze, pomiędzy temi klinikę oczną Dra Wicherkiewicza, który przy elektryczném oświetleniu za pomocą elektroforu Trouwego, nadającego się znakomicie do operacyi w głębi oka lub niedostateczném oświetleniu dziennem, wykonał kilka rękoczynów mianowicie: zaćmy niedojrzałéj własnym sposobem i zezu zbieżnego.

Na popołudniowe posiedzenie zgromadziło się dosyć liczne grono kolegów a mianowicie: z miejscowych Dr. Grodzki, Dr. Jerzykowski, Dr. Kapuściński, Dr. Kaczorowski, Dr. Batkowski, Dr. Stan, Dr. Jarnatowski, Dr. Preibisz, Dr. Koszutski, Dr. Zielewicz, Dr. Świderski, Dr. Wicherkiewicz. Z zamiejscowych: Dr. Cieślewicz z Strzelna, Dr. Górski ze Staszewa. Z gości: Dr. Dembiński z Poznania, Krysiewicz z Poznania, Kończyński z Obornik.

Posiedzenie zagaja sekretarz i wzywa po raz pierwszy po śmierci kol. Mateckiego na walne posiedzenie zebranych członków do oddania czci zgasłemu prezesowi przez powstanie, co gdy nastąpiło poproszono kol. Cieślewicza do przewodniczenia zgromadzeniu.

Przystąpiono do wyboru prezesa Wydziału. Przeważną większością głosów wybrany został kol. Kaczorowski. Tenże

[1]) Przeciwnie doświadczenia Cybulskiego i Mikulicza (O fizyjol. zachowaniu się przełyku i mechanizmie połykania u człowieka. Rozprawy Wydz. mat. przyrod. Akad. Umiejętn. 1886) przemawiają za tém, że płyny i powietrze dostają się do żołądka zupełnie biernie bez udziału ruchów połykania. *Sprawozd.*

[2]) Sposobu tego używamy w zakładzie naszym już dawno (p. Dra Schaittera rozprawę, Przegl. Lek. 1883, Nr. 11—13).

przyjmując wybór dziękuje zań. Daléj obrano jednomyślnie kol. Dembińskiego z Poznania członkiem Wydziału.

Sekretarz odczytuje telegram prof. Baranowskiego nadesłany z podziękowaniem w skutek życzeń wyrażonych mu przez sekretarza w imieniu sekcyi drogą telegraficzną w czasie obchodu jubileuszowego, a dalėj przypomina sekretarz, iż 3 lipca obchodzić będzie prof. Teichman w Krakowie jubileusz dwudziestopięcioletniéj pracy profesorskiéj i proponuje również wysłanie telegramu, do czego się jednomyślnie Wydział przychyla.

Rozprawa nad chorobami nagminnie panującemi: Kol. Koszutski widuje przeważnie teraz krztusiec i żarnice. — Kol. Jarnatowski podnosi często pojawianie się tak zwanego kuru (*Rötheln*), czemu przyświadcza kol. Koszutski, który zauważa, że ze szkoły wydalają gromadą dzieci dotknięte kurem. — Kol. Kaczorowski odwołuje się na zapatrywania swoje wyrażone na poprzedniém posiedzeniu, a dotyczące mniemanéj różnicy pomiędzy kurem a żarnicami, i dodaje, że kur przeważnie w Galicyi się zdarza. — Kol. Grodzki jest przekonany, że łagodniejsza postać żarnic czyli tak zwany kur nie jest tak zaraźliwém cierpieniem. — Kol. Wicherkiewicz podaje do wiadomości *ad vocem* chorób zaraźliwych, iż w ostatnim tygodniu aż 2 przypadki krupu powiek i spojówki (dwoje dzieci i jedna dorosła), choroby należącéj w ogóle do rzadszych w praktyce okulistycznéj a przynajmniéj w naszych okolicach, miał sposobność leczyć, a następnie odczytuje list kolegi Wlazłowskiego z Pszczewa, który usprawiedliwiając swoją nieobecność podaje w sprawie chorób epidemicznych w okolicy swéj działalności występujących do wiadomości co następuje: od października do stycznia żarnice, w marcu i kwietniu zapalenie płuc, od maja krztusiec i zimnica, ostatnia bardzo często pojawia się, za to świeci nieobecnością dyfteryja. Pewne współzawodnictwo obu chorób i wykluczenie jednéj przez drugą zauważali koledzy starsi z tamtéj okolicy. — Kol. Cieślewicz widuje żarnice ze znaczną gorączką i wysypką petociową, przytém sporadyczne przypadki dyfteryi i zimnicy równocześnie. Nie jest zwolennikiem antipyrynu ze względu na to, że środek ten pociąga łatwo upadek sił, dla tego dawał przeważnie kwas salicylowy. — Kol. Preibisz zaleca, słysząc tak często o mniemanych wznówkach żarnic, skeptycyzm, gdyż wysypki czerwone, jakie w ciągu choroby powstają i po usunięciu cierpienia znowu pojawiają się, mogą być następstwem antipyrynu. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·9. Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 5 (2 z. t.); z biegunki 8 (4 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku błonicy, 5 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 17—23 października umarło z ospy: w Warszawie 2, w Budapeszcie 66, w Rzymie, Wenecyi i Odesie po 2; w Petersburgu 3. Z duru osutkowego umarło w Gdańsku i Londynie po 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 9, w Berlinie 6, w Paryżu 21, w Londynie 19. Z odry umarło: w Londynie 21, w Paryżu 11. Z płonicy umarło: w Warszawie 23, w Berlinie 6, w Budapeszcie 21, w Londynie 24, w Petersburgu 7, w Odesie 19. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 15, w Berlinie 48, we Wrocławiu 9, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 16, w Pradze 10, w Paryżu 25, w Londynie 38, w Kopenhadze 16. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Londynie 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,8; w Brodach 30,5; w Drohobyczu 27,4; w Kołomyi 36,4; w Przemyślu 29,1; w Stanisławowie 25,3; w Tarnopolu 45,6; w Tarnowie 34,6; w Czerniowcach 28,3; w Warszawie 28,9; w Poznaniu 35,8; w Wiedniu 21,5; w Salcburgu 27,3; w Gracu 25,4; w Tryjeście 42,6; w Insbruku 25,9; w Pradze 27,8; w Bernie 22,5; w Berlinie 22,9; we Wrocławiu 26,6; w Gdańsku 24,5; w Dreźnie 23,9; w Hamburgu 29,3; w Kolonii 23,5; w Lipsku 17,1; w Mnichowie 31,4; w Strasburgu 28,3; w Bazylei 11,8; w Brukseli 22,0; w Budapeszcie 53,8; w Chrystyjanii 13,5; w Genewie 19,5; w Kopenhadze 23,9; w Londynie 17,7; w Odesie 36,4; w Paryżu 21,8; w Petersburgu 22,0; w Rzymie 19,3; w Stokholmie 21,0; w Wenecyi 22,0; w Zurychu 15,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 listopada. Za przykładem Rządu niemieckiego Ministerstwo wojny przyjęło zasadę przydzielania lekarzy wojskowych do klinik na pewien czas, gdzie pełnią obowiązki elewów lub lekarzy asystentów, celem wydoskonalenia się w pewnych gałęziach lekarskich, a przedewszystkiém w chirurgii. Dzieje się to wszędzie za poprzedniém porozumieniem się Ministerstwa wojny z Wydziałami lekarskiemi oraz z przełożonymi odnośnych klinik. Dotychczas przydzieleni zostali lekarze pułkowi lub lekarze starsi w Wiedniu do klinik i oddziałów chirurgicznych proff. Billrotha, Alberta i Mossetiga, do kliniki chorób wewnętrznych prof. Nothnagla, okulistycznéj Fuchsa i oddziału chorób usznych Urbantschitscha; w Pradze do klinik chirurgicznych Gussenbauera i Weissa, w Insbruku do kliniki chirurg. Nicoladoniego, w Budapeszcie do klinik Lumnitzera i Kovacsa, w Klausenburgu do klinika Brandta, a wreszcie w Krakowie do kliniki prof. Mikulicza, gdzie w roku przeszłym pełnił te obowiązki lekarz pułkowy Dr. Link, a w roku bieżącym lekarz pułkowy Dr. Majewski.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Redakcyja czasopisma *Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis* życzyłaby sobie w pomienionėm wydawnictwie pomieszczać sprawozdania ze wszystkich prac specyjalnych w języku polskim wychodzących, i w tym celu do mnie się zwróciła.

Za pośrednictwem więc szan. redakcyi Przeglądu Lekarskiego śmiem upraszać szan. kolegów, których prace z dziedziny chorób wenerycznych i skórnych nie są drukowane w czasopismach lekarskich polskich, aby publikacyje te raczyli nadsyłać pod adresem niżéj podpisanego Z poważaniem

Dr. med. Watrasiewicz,
lekarz naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie.
ulica Książęca, Nr. 2.

* W Dorpacie nastąpi d. 16 bm. odsłonięcie pomnika Baera, a w Brukseli zawiązał się komitet, mający wystawić pomnik Janowi Palfynowi, wynalazcy kleszczy, w mieście rodzinném jego Courtray.

* **Wiadomości uniwersyteckie Dorpat.** Docent prywatny Dr. Karol Dehio wybrany został nadzw. profesorem szczegółowéj patologii i terapii.— **Praga czeska** W Wydziale lek. niem. objął docent Dr. Fischl zastępstwo chorego prof. Bandla.

* **Wiadomości osobowe.** W obronie krajowéj mianowani lekarzem pułkowym 1éj kl. Dr. Antoni Janiszewski, lekarzami pułkowymi 2éj kl. Dr. Władysław Stupnicki, Dr. Kazimierz Szymkiewicz, Dr. Karol Iwański i Dr. Jakób Plessner, lekarzem starszym Dr. Eugieni Mitkiewicz; wreszcie lekarzem asystentem w korpusie wojskowolekarskim Dr. Maks. Mosler.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 44: Odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu przez Dra Dujardin-Beaumetza (c. d.; Zagórskiego: Dwie laparotomije (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Pacanowskiego: Przyczynek do określenia opukowego granic żołądka; Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci (c. d.).

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Zweigbauma: Torbiel wielokomorowa jajnika prawego, wycięcie guza. Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci (dok.). — W *Medycynie* Nr. 45: Dujardin-Beaumetza odczyty (dok.).

Redakcyja otrzymała.

O HEWELKE: Wrodzone połączenie komórek sercowych. (Odbitka z „Gazety Lek." 1886 r.) in 8vo str. 7.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 bm. o godzinie 6éj popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Gluziński będzie miał wykład już zapowiedziany, poczém 2) kol. Bossowski okaże pod drobnowidem bakteryje z miąższu twardziela nosa *(rhinoscleroma)*.

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie we wtorek d. 16 listopada r. b. o godz. 5éj po południu posiedzenie w Sali Akademii Umiejętności, na którém Dr. Trochanowski poda wiadomość o wypadkach rozbioru chemicznego wody studzien m. Przemyśla.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego do l. 61978/86 rozpisuje się konkurs na jednę posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie z płacą roczną 500 złr.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, a przy zadowalającéj słnżbie, może być przedłużoną do lat czterech.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi szpitala, w których ma być wykazane:

a) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

b) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

c) Dowód uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic Państwa austryjackiego.

Z Dyrekcyi Szpitala krajowego powszechnego.

Lwów dnia 10 Listopada 1886. *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 20 listopada 1886. № 47. Rok XXV.

I. Z pracowni kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza.

Wyniki badania wydzieliny z ran świeżych pooperacyjnych pod względem obecności mikroorganizmów.

Doniesienie tymczasowe.

Podał
Dr. Bossowski,
asystent kliniki chirurgicznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Rany operacyjne z wydzieliną zawierającą organizmy drobnowidowe niemające nic wspólnego z grupą koków ropnych, jako to inne rodzaje koków, *bacterium* i prątki rozlicznego kształtu, długości i zachowania się w hodowlach, których pochodzenie w znacznéj części odnieść się daje do zewnętrznéj części opatrunku, to o ile nie zachodziło powikłanie z obecnością koków ropnych, gojenie odbywalo się bez zaburzeń, okazując charakter aseptycznego przebiegu, jak to miało miejsce zwłaszcza w przypadkach resekcyi stawu kolanowego, gdzie obumarłe i suche brzegi rany tygodnie całe utrzymywały się bez reakcyi w sąsiedztwie. W 8 przypadkach wreszcie, gdzie wydzielina wolną była od obecności mikroorganizmów, najczęstszym wynikiem był idealny rychłozrost, a ciepłota nie przekraczala 38°C., jak to miało miejsce w 5 przypadkach, w trzech innych przyszło do ograniczonéj zgorzeli w postaci suchego strupa się oddzielającéj, a podwyższenie ciepłoty w tych razach nie dochodziło również znaczniejszego stopnia (38·5).

Wynik badania wydzieliny pod mikroskopem nie dopisał prawie w połowie przypadków, gdzie hodowle wykazały niezbitą obecność mikroorganizmów. Rzut oka na osiągnięte w tych razach hodowle tłumaczy dostatecznie przyczynę niefortunnego wyniku. Kropla wydzieliny lub cząstka skrzepu wylana na płytkę szklaną wydała kilkanaście, częstokroć kilka tylko kolonij, które na pewne wzięły początek z pojedynczych zarodków, łatwo więc ocenić o ile mniéj przeniesiono z tychże samych ustrojów na maleńkie szkiełko preparatu i nie trudno zrozumieć, jak łatwo w tém skąpém rozdzieleniu uchodzą one uwagi badającego, ukryte między cząstkami rozpadłych ciałek i ziarenek protoplasmatu. Metoda Grama, przy któréj ubarwione raz bakteryje zatrzymują barwik mimo odbarwienia następowego tła, i nasycenia go innym odczynnikiem barwnym, przez co odszukanie ich nader bywa ułatwioném, nieocenione często oddająca usługi przy barwieniu tkanek, mniejszą wartość przedstawia dla preparatów na szkiełkach nakrywkowych, a dla wielu rodzajów organizmów w jednym i drugim razie wprost zastósować się nie daje, choć nawet tam, gdzie z korzyścią użyć jéj można, jądra i cząstki jąder, ziarenka protoplasmatu i śluz występują w téjże saméj barwie, którą przyjęły mikroorganizmy.

Tam gdzie mikroskop dozwolił wykryć mikroorganizmy bądź z powodu charakterystycznego kształtu i ugrupowania pojedynczych osobników bądź znaczniejszéj ich liczby w wydzielinie, hodowle stwierdziły również na pewno obecność tych samych form, służąc niejako za kontrolę badania mikroskopowego. W pojedynczych przypadkach, jak np. nawiedzonych przez *Staphylococcus aureus*, gdyż wydzielina okazywała cechy cieczy ropiastéj, badanie mikroskopowe wykazało bardzo znaczną ilość koków ropnych, a również i hodowle przedstawiały bujny i mnogi rozwój gęsto rozsianych kolonij.

W pewnych razach, nielicznych co prawda, stwierdzono również badaniem mikroskopowém w wydzielinie obecność mikroorganizmów, które w hodowlach albo wcale nie uwydatniły się, albo w nader upośledzonym rozwoju bądźto z przyczyny obumarcia w saméj wydzielinie lub z powodu nieodpowiedniego gruntu, na którym je hodowano.

Uznając całą wartość mikroskopowego badania wydzieliny, przyznać mu jednak należy znaczenie tylko drugorzędne i dopełniające, w żadnym zaś razie nie można zakładać na niém głównego punktu ciężkości, który tkwi jedynie w wyniku należycie przeprowadzonych hodowli, a za takie wolno

nam dziś uważać wyłącznie hodowle na płytach. W czasie, gdy badania moje (o których zresztą podał już prof. Mikulicz wzmiankę na XV Zjeździe chirurgów w Berlinie), w pełnym były toku, pojawiła się praca Stäheliego z kliniki prof. Socina w Bazylei, omawiająca zachowanie się ran operacyjnych pod względem zanieczyszczenia przez istoty zorganizowane. Stäheli ogłasza rezultaty pozyskane przez badanie wydzieliny ran zaopatrzonych opatrunkiem zynkowym, zresztą zaś poddanych postępowaniu antyseptycznemu wszędzie używanemu. Wyniki Stäheliego o ile z niejasnego przedstawienia i jak się zdaje nie dość ścisłego badania wynika, zachowują się zgodnie z spostrzeżeniami mojemi względem głównych, istotnych punktów; oparte na mniéj odpowiednich choć wygodniejszych co prawda metodach hodowli w rurkach odczynnikowych stoją pod grozą zarzutu niedostatecznéj ścisłości, pominiętéj w owéj pracy przy badaniu wydzieliny w hodowlach.

Jakość i wejrzenie wydzieliny dają poniekąd skazówkę do ocenienia obecności lub braku w niéj ustrojów drobnowidowych. Blade i zbite skrzepy zalegające sączki obok blado-różowéj i wodnistociekłéj wydzieliny wolne były pospolicie od zanieczyszczeń pasorzytniczych, rozmiękające przeciwnie i ciemno-czerwono ubarwione skrzepy, jakoteż ciekła i gęsta wydzielina brudno-czerwona zawierały zazwyczaj mikroorganizmy, które w hodowlach ujawniły swe kształty i liczbę zdarzających się tu gatunków. Wydzielina wreszcie ropiasta odznaczała się zawsze obecnością jestestw drobnowidowych, pod względem których tak badanie mikroskopowe jakoteż hodowle nie pozostawiały najmniejszéj wątpliwości.

Źródła, zkąd czerpią rany operacyjne zarodki zakaźne, szukać wypada bezsprzecznie w czynnikach, pod wpływem których pozostaje rana od pierwszéj chwili swego poczęcia aż do zupełnego zabliźnienia. Trzy głównie przenośniki uwzględnić tutaj należy, z pomocą których mikroorganizmy z łatwością do ran się zakradają, a mianowicie za pośrednictwem rąk i narzędzi stykających się z raną, jakoteż z otoczenia najbliższego rany, po drugie drogą powietrza, po trzecie wreszcie z opatrunku.

Według spostrzeżeń Kümmela (*Kontact u. Luftinfection in der praktischen Chirurgie. Centralbl. f. Chirurgie* 1885, Nr. 24) ręce kilkakrotnie oczyszczone przez mycie mydłem i szczotką, a następnie opłukane w rozczynie $^1/_{1000}$ sublimatu rozporządzają jeszcze znaczną ilością mikroorganizmów, które w pożywce gelatynowéj żywy okazują rozwój.

Powietrze naszéj sali operacyjnéj poddane badaniu bakteryjologicznemu, przez wystawienie na wpływ jego działania płyt szklanych powleczonych pożywką gelatynową i agarową, wykazało bogactwo rozlicznych form i gatunków mikroorganizmów, między któremi zwłaszcza przeważały koki i różnorodne rodzaje prątków, pojedynczo zaś tylko znajdowały się pleśnie i drożdże. Pojedyncze kolonije koków przypominały barwą swą i zachowaniem się w hodowlach, jakoteż w obrazach mikroskopowych, cechy właściwe kokom ropnym, rozstrzygających jednak w tym razie przeszczepień na zwierzętach dotychczas nie dokonano.

Nie mniéj obfituje nasz opatrunek z gazy jodoformowéj 20% i worków mchowych z domieszką trocin napojonych dziegciem w dość znaczną liczbę rozmaitych mikroorganizmów. Pył wytrząśnięty z worków i bezpośrednio padający na świeżo rozlaną pożywkę gelatynową, lub przesiany przez kilkuwarstwowy pokład gazy jodoformowéj wydał w hodowlach bardzo liczne pleśnie, górujące ponad schizomycetami, z których znaleziono pojedyncze kolonije drożdży, prątków i koków, niektóre odmiany tych ostatnich zdradzały wielkie podobieństwo do koków ropnych.

Również gaza jodoformowa 20% nie okazała się wolną od zanieczyszczeń przez ustroje drobnowidowe, a z tych powodów wypada też przyznać zupełną słuszność postępowaniu przyjętemu w klinice prof. Mikulicza, według którego macza się najgłębsze warstwy gazy jodoformowéj w 5% kw. karbolowym, aby w ten sposób zniweczyć ustroje drobnowidowe w saméj gazie jodoformowéj ukryte.

Z doświadczeń w powyższym kierunku dotąd przeprowadzonych, które nie osiągnęły jeszcze wcale zamierzonego kresu, wynika jednak ten pewnik, że zarówno powietrze w naszéj sali operacyjnéj, jakoteż używany w naszéj klinice opatrunek, lubo niewolne od rozlicznych form mikroorganizmów, mniejszą budzą obawę zakażenia ran operacyjnych przez to, że najgroźniejsze dla nich koki ropne słabo bardzo, jak się zdaje, w dotyczących hodowlach są reprezentowane. Z drugiéj strony okoliczność, że inne rodzaje mikrobów napotykane w wydzielinie przyrannéj, znalazły się również w hodowlach z części składowych naszego opatrunku, dowodzi, że ta droga zanieczyszczenia ran operacyjnych w każdym razie stoi otworem.

Obecność mikroorganizmów rozsianych obficie w wszechświecie, grożących zewsząd możliwém zanieczyszczeniem ran operacyjnych, winna niezawodnie być pobudką do najsurowszego przestrzegania ostrożności, które według zyskanego dotąd doświadczenia korzystny przynoszą przebieg gojeniu. Z drugiéj strony trudna do zwalczenia łatwość zakażenia ran operacyjnych drobnowidowemi ustrojami traci wiele ze swéj grozy, jeżeli uwzględnimy, że rana pooperacyjna różni się zasadniczo od martwéj pożywki w pracowni bakteryjologicznéj. Żywe bowiem tkanki rozwijają, jak wiadomo, niemałą odporność w obec zagrażających ich bytowi napastników. Ta siła odporna tkanek doniosła sama przez się, a poparta nadto skuteczną często pomocą środków dezinfekcyjnych zapewnia ranom operacyjnym idealne częstokroć gojenie mimo stwierdzonéj obecności zanieczyszczających je mikroorganizmów. Zadowoleni z świetnych wyników, jakiemi poszczycić się może nowoczesna chirurgija, nie poddając się tak łatwo obawie i niepokojom, ufni, że przyszłość na podstawie coraz dalszych doświadczeń przysporzy niezawodnie niejedno jeszcze ulepszenie, obalić jednak dziś uznanych zasad antyseptyki nie zdoła.

Streszczając dotychczasowe wyniki wyżéj podanych spostrzeżeń zaznaczę pokrótce następujące punkty, które przedewszystkiém zasługują na uwzględnienie.

1) Wydzielina ran świeżych pooperacyjnych zadanych śród zachowania wszelkich ostrożności antyseptycznych i opatrzonych następowo opatrunkiem jodoformowym, wolną jest w małéj tylko liczbie przypadków (w przybliżeniu $^1/_5$) od obecności mikroorganizmów.

2) Z pośród napotykanych w wydzielinie ran powyższych różnorodnych ustrojów drobnowidowych, jedynie koki t. zw. ropne, wywierają wpływ niekorzystny na gojenie się rany, który zresztą nie zawsze się objawia, inne żaś zanieczyszczenia uorganizowane zazwyczaj nie przynoszą szkody.

3) Rany, których wydzielina zawiera koki ropne, a mianowicie *staphylococcus pyogenes albus*, mogą goić się *per primam intentionem.*

4) Głównego źródła infekcyi ran pooperacyjnych zostających w warunkach wyżéj wspomnianych szukać należy

śród operacyi w zetknięciu się z raną przedmiotów niedostatecznie odkażonych, jakkolwiek wykluczyć nie można zakażenia z powietrza, lub następowo z opatrunku przeciwgnilnego.

5) Zabezpieczenie ran powyższych pod względem należytego odpływu wydzieliny zakażonéj nawet przez *staphylococcus pyogenes aureus* chroni w przypadkach wybitnego ropienia tychże od zaburzenia stanu ogólnego, które rozwijające się ropienie zwykło wzniecać w całym organizmie [1]).

II. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego.

Streszczenie monografii przedłożonéj Krakowskiéj Akademii Umiejętności na posiedzeniu z d. 20 lipca 1886.

przez

Prof. Dra Henryka Kadyjego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Tak samo co do obszarów rozgałęzień tętnic wnikających do rdzenia nie podobna oznaczyć prawideł, któreby ogólniejsze znalazły zastósowanie, gdyż nawet naczynia początkiem i położeniem najbardziéj do siebie podobne nie zgadzają się w tym względzie. Nawet obszarów tętnic centralnych z jednéj i tętnic obwodowych z drugiéj strony nie można ściśle rozdzielić stałemi granicami, z czego też wynika, że ani szare kolumny ani też białe sznury nie mogą być uważane jako odrębne obszary naczyniowe. Nawet anatomicznie ściśle rozdzielone części rdzenia, np. oba sznury tylne, zawdzięczają swoje unaczynienie wspólnym pieńkom tętniczym, które przebiegają właśnie w przegrodzie je rozgraniczającéj. Liczne gałązki tętnicze i tylne już to odchodzące od naczyń centralnych, już to od obwodowych, przebiegają właśnie na granicy między szarą kolumną a otaczającą ją substancyją białą zaopatrując tak jednę jak też i drugą.

Tylko tyle można pod względem miejscowości, w których rozgałęziają się rozmaite tętnice rdzenia, powiedzieć, nie sprzeciwiając się rzeczywiście istniejącym stosunkom, że centralne części szarych kolumn otrzymują krew z tętnic centralnych, powierzchowne zaś warstwy sznurów białych od tętnic obwodowych. Obwodowe zaś części kolumn szarych równie jak przylegające do nich części istoty białéj zawierają rozgałęzienia tak tętnic centralnych, jak też i obwodowych, wnikające tam na przemian i to w całkiem nieregularnem następstwie. Zależy to niejako od przypadkowych rozmiarów téj lub owéj tętnicy ze środka lub z obwodu przybywającéj. Ten sporny niejako obszar, w obrębie którego rozgałęzienia tętnic centralnych i obwodowych niejako się spotykają i wzajem dopełniają, wynosi około $^1/_3$ całéj masy rdzenia.

Uwzględniwszy te stosunki jakoteż okoliczność wyżéj przytoczoną, że obszary rozgałęzień pojedynczych tętniczek w rdzeniu nie odpowiadają już zgoła obszarom jakichkolwiekbądź pieńków żylnych, musimy przyznać, że rozróżnianie wszelkich ściślejszych obszarów naczyniowych na poprzecznym przekroju rdzenia (Adamkiewicz rozróżnia 9 takich obszarów) jest zupełnie bezpodstawném. Istnienie obszarów naczyniowych możliwém jest jedynie w takich narzędziach lub okolicach ciała, gdzie pewne żyły odprowadzają krew doprowadzoną przez pewne tętnice, gdzie zatém jeden pień żylny odpowiada ściśle jednemu lub kilku pniom tętniczym albo odwrotnie. Najcelniejszym w tym względzie przykładem jest gałka oczna.

Tętniczki wnikające do substancyi rdzenia są tętnicami końcowemi w znaczeniu wprowadzoném przez Cohnheima. Rozgałęzienia ich nigdzie nie wchodzą pomiędzy sobą we właściwe połączenia anastomotyczne. (T. zw. centralne anastómozy podłużne opisane przez Adamkiewicza nie istnieją wcale). Przywłosowate połączenia (najwięcéj 2—3 razy szersze niż zwykłe naczynia włosowate) pomiędzy rozgałęzieniami rozmaitych tętnic, czyto centralnych czytéż obwodowych, napotykamy w rdzeniu tak jak w innych narzędziach, w których znajdują się siatki (a nie oddzielne pętle) włosowate.

Natomiast między pieńkami opuszczającemi rdzeń w rozmaitych a nawet przeciwnych kierunkach istnieją liczne i rozmaite nawet grube połączenia anastomotyczne wewnątrz rdzenia tak, iż oglądając odpowiednie preparaty mamy wrażenie, jakoby żyła taka przebijała rdzeń na wskróś łącząc rozmaite a częstokroć przeciwległe pnie żylne na powierzchni przebiegające i w tym przebiegu przyjmowała wśród rdzenia rozmaite gałązki. W centralnéj części szaréj kolumny anastomozy takie przybierają częstokroć kierunek pionowy, ażeby po takim nawet kilka milimetrów długim przebiegu jako żyły centralne udać się do wypustki opony miękkiéj. Podłużne pnie żylne (*centrale Längsvenen*), które opisał Lenhossek jako na całéj długości rdzenia bez przerwy przebiegające, wcale nie istnieją. Liczne wszakże anastomozy żylne wewnątrz rdzenia sprawiają, że niemal w każdéj części rdzenia dla odpływającéj krwi kilka dróg stoi otworem.

---

[1]) Punkt ciężkości zajmującego badania, które autor przedsięwziął, leży w fakcie, że koki ropne, a w szczególności *Staphylococcus albus*, znajdują się i w ranach, które goją się *per primam sensu stricto*. Według spostrzeżeń dotychczasowych mieliśmy prawo przypuszczenia, że metoda antyseptyczna zdolną jest zapobiedz w zupełności rozwojowi organizmów chorobotwórczych. Po doświadczeniach Rosenbacha wiedzieliśmy, że wszędzie, gdzie się tworzy ropa, znajdujemy koki ropne jako przyczynę ropienia; ztąd jakoteż z prób szczepienia, przedsięwziętych przez Rosenbacha, można było wnosić i na odwrót, że wszędzie, gdzie koki ropne zagnieździły się, i ropienie nastąpić musi. Z doświadczeń Bossowskiego atoli pokazuje się, że rzecz ma się inaczéj. Oczywista, że w przypadkach odnośnych koki ropne wykluczone lub pochłonione zostają przez tkankę żywą, a więc ulegają temu samemu losowi, któremu, jak wiadomo, ulegają w ustroju zwierzęcym wszystkie prątki niechorobotwórcze. Że w tém działaniu tkanka znajduje możnego sprzymierzeńca w postępowaniu przeciwgnilném, wątpliwości nie podpada. W każdym razie fakt, że i prątki chorobotwórcze mogą być wykluczone z tkanki zakażonéj bez wywołania szkody, ma swoje znaczenie dla nauki o leczeniu ran, jak niemniéj dla patologii wszystkich chorób zakaźnych. Że różnorodne organizmy w t. zw. ranach aseptycznych utrzymują się, już dawno wiedziano, i my chirurdzy nigdy nie mieliśmy pretensyi bezwzględnego niedopuszczania prątków do ran; wszak opatrunek nasz nie jest wcale sterylizowany a całe nasze postępowanie w leczeniu ran nie zmierza do zupełnego powstrzymania prątków. Środki, do tego celu prowadzące, dotychczas nie dały się wcale przeprowadzić w leczeniu ran. Napawanie opatrunków środkami antyseptycznemi zmierza tylko do powstrzymania rozwoju prątków, któreby w nich się znajdowały lub późniéj dostać się mogły; a to samo zadanie mają po części i inne środki antyseptyczne. Środki te nie muszą u nas być tak dzielnemi, jak w traktowaniu martwéj pożywki bakteryjologów, ponieważ tkanka żyjąca i tak broni się przeciw najazdowi prątków; środki więc nasze przeciwgnilne i energija tkanek żyjących wspierają się nawzajem w walce przeciw tym pasorzytom. *Mikulicz.*

Ostateczne rozgałęzienia tętnic i żył wraz z łączącemi je naczyniami włosowatemi tworzą w rdzeniu siatkę włosowatą, ciągłą i nigdzie nieprzerwaną, która jako jednolita całość zajmuje szarą i białą substancyję. Tylko gęstość siatki téj i postać jéj oczek zmienia się w rozmaitych częściach rdzenia zależnie od przeważających tkanin i pierwocin. Właściwości téj siatki i ułożenia naczyń dozwalają nawet bez uwzględnienia składników tkaniny rozpoznać rozmaite części rdzenia.

W rdzeniu pacierzowym należy rozróżniać nie dwie (jak dotychczas opisywano) lecz trzy formy siatek włosowatych: 1) Siatki substancyi białéj, 2) siatki substancyi kleistéj, 3) siatki łożysk komórek zwojowych. Najmniéj gęstemi są siatki włosowate w białéj substancyi. Odznaczają się one przytém oczkami znacznie wydłużonemi w kierunku pęczków włókien nerwowych, tak iż naczynia włosowate oplatają je lekkiemi wygięciami wężykowatemi.

Znacznie gęstsze lecz również, i to w kierunku osi rdzenia, wydłużone są siatki w istocie kleistéj (w spoidle szarém, *substantia gelatinosa centralis* i w *substantia gelatinosa Rolandi*). W rogach tylnych podłużna ta siatka powstaje z wachlarzowatych rozgałęzień tętniczek i żyłek, na które także Adamkiewicz zwrócił uwagę.

Najgęstszemi są siatki włosowate w tych obszarach szarych kolumn, które przedstawiają właściwe łożyska komórek zwojowych, a zatém w rogach przednich i przylegających do nich częściach rogów tylnych. Wymiary podłużne i poprzeczne oczek mało tu się różnią między sobą; oczka jednakże siatki są przecież w kierunku osi rdzenia cokolwiek rozciągnięte. Pojedyncze naczynia, zwłaszcza tętniczki i żyłki, trzymają się nieraz w przebiegu swoim wiązek włókien nerwowych, które w rozmaitych kierunkach przeszywają szare słupy, jak to słusznie zauważył Goll. Niektóre naczynia, a zwłaszcza włosowate, przebiegają czasem tak blisko obok komórek zwojowych, iż prawie ich dotykają; nie jestto wszakże regułą, lecz raczéj przypadkiem. Łatwo pojąć także, że przy badaniu skrawków z rdzenia nastrzykanego często komórki zwojowe widać właśnie wśród oczka siatki włosowatéj. Nie może być wszakże ani mowy o tém, aby naczynia włosowate oplatały pojedyncze komórki w kształcie koszyków lub t. p. Naczynia włosowate w swoim przebiegu i rozmieszczeniu nie stosują się wcale do pojedynczych komórek zwojowych i chyba o tyle na nie wzgląd mają, iż ich nie przebijają.

Naczynia włosowate w rdzeniu są dosyć wąskie (7 do 13μ w średnicy) tak, iż ciałka krwi tylko sznurem, tj. jedno za drugiém, przez nie przechodzić mogą. Najwęższe napotykamy w spoidle szarém, najszersze zaś w substancyi kleistéj rogów tylnych.

W rdzeniu pacierzowym napotkałem kilka razy szersze połączenia między tętnicami i żyłami, których średnica była 2—3 razy większą aniżeli zwykłych naczyń włosowatych. Czy takie naczynia odpowiadają bezpośrednim połączeniom między tętnicami i żyłami, wykazanym przez Hoyera w rozmaitych narzędziach, lub czy też tylko szersze niż zwykle naczynie włosowate miałem przed sobą, nie mogłem stanowczo rozstrzygnąć, gdyż nie miałem sposobności badać budowy ścian tych naczyń, mając je przed sobą napełnione masą, podczas gdy ich ściany równie jak otaczająca tkanina były całkiem rozjaśnione balsamem kanadyjskim.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

I. Czy Franciszka Mnich umarła śmiercią naturalną, czy została zamordowaną, lub czy nie da się oznaczyć z wszelką pewnością jedno lub drugie, a w tym przypadku, za czém przemawia największe prawdopodobieństwo, czy za tém, że umarła śmiercią naturalną, czy za tém, że Franciszka Mnich została zamordowaną?

II. Jeżeli Franciszka Mnich została zamordowaną, lub za tém, że zamordowaną została, największe przemawia prawdopodobieństwo, w jaki sposób według zdania Wysokiego Wydziału została Franciszka Mnich życia pozbawioną, jakiemi narzędziami, czy przez jedną lub więcéj osób, które uszkodzenia spostrzeżone na zwłokach powstały najpierw a które później, które były śmiertelne, a które nie, które powstały za życia a które po śmierci i w jaki czas po zadaniu uszkodzenia śmiertelnego śmierć Franciszki Mnich nastąpiła lub nastąpić mogła?

III. Czy zeznania jednego z obwinionych, w których tenże podaje, w jaki sposób Franciszka Mnich została zamordowaną, są zupełnie zgodne z wynikiem sekcyi, oględzin itd. i czy zeznania tegoż obwinionego, że Franciszka Mnich w ten sposób została zamordowaną, jakto on podał, a mianowicie, że jeden obwiniony w piwnicy, dokąd Franciszkę Mnich podstępnie zwołano, uderzył ją obuchem siekiery najpierw w głowę, potém w twarz, a gdy ta na ziemię upadła, dwie obwinione rzuciły się na nią, zarzuciły jéj płachtę na głowę, przewróciły na ziemię na wznak, trzymały ją za ręce a jeden obwiniony za nogi, a drugi obwiniony gardło nożem poderznął, — zasługują na zupełną wiarę, lub tylko w części, albo też czy w obec wyniku sekcyi, oględzin itd. jako zupełnie na wiarę nie zasługujące przedstawiają się?

IV. Czy w razie gdy Franciszka Mnich została zamordowaną, lub za tém że zamordowaną została największe prawdopodobieństwo przemawia, przedłożone świetnemu Wydziałowi okazy czynu, jakoto siekiera, tudzież dwa noże były tego rodzaju instrumenta czyli narzędzia, któremi, według zdania świetnego Wydziału, Franciszka Mnich zamordowaną została lub czy też narzędziami temi Franciszka Mnich zamordowaną być nie mogła?

V. W jaki sposób powstały u Franciszki Mnich uszkodzenia na głowie, a w szczególności czy powstały lub mogły powstać skutkiem uderzenia obuchem siekiery, a to téj, którą świetnemu Wydziałowi przedstawia się, lub też skutkiem podobnéj tego rodzaju siekiery, czy powstały lub mogły powstać skutkiem upadnięcia lub czy okoliczność ta jest zupełnie wykluczoną, przyczém upraszam świetny Wydział zwrócić uwagę na okoliczność, że jak to z protokółu oględzin miejscowości wynika, Franciszka Mnich z brzegów parowu do parowu pod żadnym warunkiem upaść nie mogła, tudzież że na dnie parowu nie ma żadnych twardych przedmiotów, któreby mogły spowodować uszkodzenie człowieka upadającego.

VI. W jaki sposób powstało złamanie szczęki świetnemu Wydziałowi przedłożonéj, a mianowicie czy powstało lub mogło powstać przez uderzenie obuchem siekiery świetnemu

Wydziałowi przedłożonéj lub skutkiem uderzenia siekierą podobnego rodzaju, czy téż w niniejszym wypadku mogło powstać złamanie szczęki skutkiem upadnięcia i uderzenia się w przedmiot twardy, przyczém upraszam świetny Wydział również o uwzględnienie protokołów oględzin miejscowości, z których wynika, że na dnie parowu, tudzież koło parowu nie ma żadnych twardych przedmiotów, i że Franciszka Mnich pod żadnym warunkiem do parowu z brzegów tegoż upaść nie mogła.

VII. Czy Franciszka Mnich była w ciąży i w którym miesiącu, lub czy na pewno oznaczyć się nie da, że była lub nie była w ciąży i za czém największe prawdopodobieństwo przemawia?

VIII. Czy, jeżeli Franciszka Mnich była w ciąży lub zatém że była w ciąży największe prawdopodobieństwo przemawia, został z niéj płód wyjęty przez trzecią osobę lub nie i w jaki sposób został wyjęty, czy płód mógł być wyjętym w ten sposób, że takowy wyszarpały dzikie zwierzęta lub nie, czy nakoniec płód tak dalece wygnił, że żadnego śladu z niego nie zostało, albo też czy skutkiem daleko posuniętéj zgnilizny nie da się stanowczo oznaczyć, w jaki sposób płód Franciszki Mnich wyjętym został?

IX. Jeżeli płód z Franciszki Mnich przez osobę trzecią wyjętym został po jéj zamordowaniu, ile czasu osoba ta sama lub przy pomocy innych osób nie będąc lekarzem potrzebowała do wyjęcia płodu Franciszki Mnich?

X. Czy włosy, to jest dwa warkocze, które przedkłada się świetnemu Wydziałowi, zostały przez trzecią osobę odcięte, lub też z innych i z jakich powodów odłączone, t. j. czy odpadły skutkiem gnicia, wydarte zostały przez dzikie zwierzęta lub z innych jakich powodów. Przyczém zechce świetny Wydział na to zwrócić uwagę, że woda, która się zbiera na dnie parowu w czasie deszczu lub tajenia śniegu, ze względu na położenie zwłok pochodzić mogła.

XI. Na jaki czas przed znalezieniem zwłok Franciszki Mnich, to jest przed dniem 6 marca 1882, Franciszka Mnich została zamordowaną, uwzględniając stopień zgnilizny, charakterystykę czasu, przez który Franciszka Mnich w parowie leżała, podaną przez c. k. Obserwatoryjum w Krakowie.

XII. Ile czasu upłynęło a względnie upłynąć mogło od chwlii, w której Franciszka Mnich zjadła żywność w jéj żołądku znalezioną, aż do czasu, kiedy żyć przestała?

XIII. Czy według zdania świetnego Wydziału Franciszka Mnich na tém miejscu, na którém ją znaleziono t. j. w parowie, życie zakończyła względnie zamordowaną została, czy też zamordowaną została na inném miejscu, a następnie do parowu została zaniesioną?

XIV. Czy przypuszczając, że Franciszka Mnich w ostatnich dniach listopada lub w pierwszych dniach grudnia 1881 zamordowaną została, uwzględniając stopień zgnilizny zwłok, tudzież charakterystykę czasu podaną przez c. k. Obserwatoryjum, wszystkie okoliczności przemawiają za tém, że zwłoki Franciszki Mnich po jéj zamordowaniu cały czas aż do znalezienia zwłok leżały na wolném powietrzu, lub czy i jak długi czas leżały lub mogły leżeć w miejscu ochraniającém zwłoki od wpływu powietrza, np. w piwnicy domu lub gdzieindziéj. Nakoniec nadmieniam, że część wnętrzności Franciszki Mnich. t. j. macica, które przy sekcyi przez lekarzy zostały wyjęte i w słoiku były przechowane, przez c. k. Sąd obwodowy w Rzeszowie z powodu tego, że słoik się rozbił i okazy te gnić zaczęły, zostały zniszczone i świetnemu Wydziałowi przedłożone być nie mogą. Również włosy, które znajdowały się na siekierze, a mianowicie na ostrzu siekiery, którą się świetn. Wydziałowi przedkłada, w c. k. Sądzie obwodowym w Rzeszowie zaginęły i również przedłożone być nie mogą.

Warkocze, przesłane Wydziałowi jako *corpora delicti*, oddane zostały do badania podkomisyi, składającéj się z proff. Piotrowskiego i Teichmanna, a wynik ich badania opiewał jak następuje:

Włosy z głowy opodal od trupa Mniszkównéj znalezione są silnie splecione we dwa warkocze i pomimo rozmaitych przejść, jakim uległy, do dziś dnia są w téjże formie dobrze utrzymane. Pomiędzy temi włosami i w naturalnym związku z niemi znaleziono wśród badania częściowo przez prof. Blumenstoka, częściowo przez referentów, 12 skrawków skóry z głowy.

Te dwa przedmioty, t. j. włosy i skóra, stanowiły przedmiot badania, przy którym szczegółowo była na to uwaga zwracana, czy i skóra i włosy w skutek zgnilizny od trupa odpadły, lub też czy przez osobę drugą od głowy oddzielone były.

Bliższe oględziny włosów wykazały: Że włosy w części dośrodkowéj niesplecionéj, t. j. w części téj, która się od skóry do początku warkoczy rozciąga, były miejscami pomierzwione, miejscami przedstawiały równo obcięte pęczki. Pomiędzy pomierzwionemi włosami można było widzieć szczególnie przy pomocy szkła powiększającego na końcach dośrodkowych znaczną ilość włosów z cebulkami, wszelako nierównie większa ilość tychże przy końcach dośrodkowych jest przecięta. Przecięcia tych włosów są albo prostopadłe do ich osi głównéj albo skośne. W niektórych włosach widzieć także można, że włosy w bliskości końców dośrodkowych są poszczerbane. W równo obciętych pęczkach dośrodkowe końce włosów są niemal wszystkie przecięte. W pęczkach tych około 0,5 do 1,0 centymetrów grubości wynoszących włosy z cebulkami zaledwie tu i owdzie spostrzedz się dają.

Gdyby włosy ze zgniłéj skóry były wydarte, musiałby 1) Ogół włosów odznaczać się charakterystycznemi cebulkami, 2) Końce cebulkowate wypadniętych włosów musiałyby w długości swéj przedstawiać pewną symetryję, czego w niniejszym przypadku nie ma.

Skóra. We włosach w warkocze splecionych a mianowicie na ich końcach dośrodkowych znajdowało się kilkanaście mniejszych i większych, twardych, suchych, zanieczyszczonych z włosami spojonych przedmiotów. Po oczyszczeniu i bliższém przejrzeniu tychże przedstawiają się te przedmioty na pierwszy rzut oka jako kawałeczki skóry z włosami od głowy oddzielone.

Przy badaniu tych kawałków główne zadanie w niniejszym przypadku było wykazać:

1. Czy to jest rzeczywiście skóra, jeżeli tak jest

2. Czy włosy były tylko przypadkowo przylepione, czy też zrośnięte.

3. W razie jeżeli to jest skóra, dalsze pytanie byłoby, czy ona już zgniła i po zgniciu odpadła lub też czy takowa przed zgniciem od głowy odcięta została (za świeża).

Badanie suchéj skóry na żadne z tych pytań należytego wyjaśnienia dać nie mogło, przeto koniecznem było znalezione kawałki odwilżyć, co przez włożenie ich do destylowanéj wody i pozostawienie w niéj przez 24 godzin z łatwością osiągnąć się dało.

Po odwilżeniu i oczyszczeniu wymienionych kawałe-

czków, które dopiero teraz należycie uskutecznić się dało, badając tak gołém okiem jak i przy użyciu szkieł powiększających pokazało się:

1. Że te kawałki są niewątpliwie skrawkami skóry z głowy. Do tych skrawków poprzylepiane były tu i owdzie włosy, które po zwilżeniu skóry odpadły. Głównie zaś i to w ilości przeważnie większéj włosy przedstawiały naturalne spojenie ze skórą.

Brzegi wszystkich skrawków były nierówne a forma skrawków była rozmaita, przeważnie podłużna. Różniły się także znacznie wielkością i tak cztery największe miały około 10—15 milimetrów długości, a około 5 milimetrów szerokości, wszystkie inne były znacznie mniejsze. Grubość skrawków była także rozmaita. Z czterech największych jeden przedstawiał całą grubość skóry. Skrawek ten był oddzielony od głowy niżéj korzeni włosów. Dwa inne skrawki z pomiędzy 4ch największych były znacznie cieńsze od pierwszego. Skrawki te były odcięte od głowy przez korzenie włosów, t. j. cebulki włosów zostały przy głowie, reszta zaś przeciętych włosów pozostała w skrawkach. Ostatni z czterech skrawków większych był miejscami grubszy, miejscami cieńszy. W miejscach grubszych tego skrawka całe korzenie włosów były zachowane, w cieńszych zaś miejscach poprzecinane. Wszystkie inne skrawki mniejsze oprócz wielkości nie przedstawiały nic takiego, coby je od skrawków większych odróżniało.

Przekroje w skórze przeciętych włosów, które na odciętéj stronie skóry przy słabém powiększeniu z największą dokładnością widzieć można było, były miejscami prostopadłe do długości włosów, miejscami ukośne.

Tkaniny skóry, mianowicie tkanka łączna, nie przedstawiała żadnych szczególnych zmian, któreby ją od tkanki łącznéj prawidłowéj odróżniały. Jakoż skrawki skóry w utkaniu swém na sile nic nie utraciły. W tym względzie ów skrawek, który całą grubość skóry przedstawiał, próbowano palcami rozedrzeć, co jednak było niemożebne tak samo, jak skóra z głowy świeżo odcięta pomiędzy palcami rozedrzeć się nie da.

Że wymienione skrawki skóry z głowy, leżąc przez kilka miesięcy na wolném powietrzu, nie zgniły, pochodzi to ztąd, że tak małe cząstki skóry po kilkorazowéj słocie prędko wyschły, co je od zgnilizny zachowało.

Wynik badania jest następujący:

1. Włosy Mniszkowny we dwa warkocze splecione są od głowy w bliskości skóry, miejscami ze skórą obcięte. Przy obcinaniu wiele włosów z korzeniami wyrwano.

2. Obcięcie włosów dokonane zostało najprawdopodobniéj wkrótce po śmierci Mniszkówny.

3. Obcięcie włosów dokonane zostało przez osobę drugą i to nożem. Gdyby skrawki skóry obcięte były nożyczkami natenczas musiałyby mieć formę przekroju wypukłéj soczewki, a włosów z cebulkami by prawie nie było. Wreszcie

4. Włosy były nierówno obcięte, o czém z długości części włosów niesplecionych stanowczo wnioskować można.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Stósowanie jodoformu w chorobach narządów wewnętrznych.

Wielkie powodzenie jodoformu w rękach chirurgów, naocznie dający się stwierdzić korzystny jego wpływ na sprawę gojenia ran, zachęciły klinicystów do stósowania tego środka w chorobach wewnętrznych. Autor niniejszéj rozprawy, kryjący się pod początkową literą Dra A. umieścił w Nrach 42 i 43 paryskiego *Le Progrès Médical* sprawozdanie z rozrzuconych w literaturze opisów skuteczności jodoformu w chorobach wewnętrznych; z pracy téj wyjmujemy te szczegóły, które ze względu na praktyczną doniosłość mogą mieć wartość dla czytelników *Przeglądu.*

Zanim wynaleziono wskazania do użycia jodoformu w chorobach wewnętrznych, przebyto z nim próbę pośrednią, w postaci wstrzykiwań podskórnych do ognisk ropnych, a w szczególności do ropni ściekowych (zimnych). Verneuil i jego uczniowie: Kirmmisson, Quenu, Verchère ogłosili spostrzeżenia przekonywające, że wstrzykiwanie jodoformu rozpuszczonego w lotniku do ognisk ropni zimnych, jak wiadomo uporczywie niegojących się, stanowi nader poważny nabytek nowoczesnéj terapii. Verneuil używa 5—10% roztworu jodoformu w lotniku i wstrzykuje na jeden raz taką ilość téj cieczy, ażeby zawierała 3—4·0 jodoformu. Sam rękoczyn wykonywa przyrządem Dieulafoya, którym wyciąga ropę, następnie wypróżnia z niéj strzykawkę i napełniwszy roztworem jodoformu w lotniku, wstrzykuje tenże do jamy ropnia i otwór nakłócia zamyka szczelnie plasterkiem. Wstrzykiwania w miarę potrzeby powtarzają się 2 i 3 razy, w przerwach od 8 do 30 dni. Po każdém wstrzyknięciu przestwór ropnia zmniejsza się w skutek zrastania się części obwodowych. Według słów prof. Verneuila leczenie to jest skuteczném nie tylko miejscowo, gdyż i ogólny stan chorego korzystnie się przeobraża. Wychodząc z zasady, że ropnie zimne są objawem gruźlicy, Verneuil wnosi, że jodoform jest lekiem skutecznym w cierpieniu gruźliczém. Znane już są przykłady korzystnego leczenia suchot płucnych jodoformem. Od pewnego czasu spotykamy coraz częściéj opisy wyleczenia jodoformem gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci. Dr. Martel przytacza ośm takich przypadków z literatury szwedzkiéj, Moleschott, Nilson, Sonden po jednym przypadku, Warfringe pięć. Moleschott używał pędzlowania potylicy jodoformem rozpuszczonym w kolodyjonie (1:15); Nilson wcierał w skórę czaszki 10% maść jodoformową; Warfringe zaleca ogolenie głowy i następnie dwukrotne w ciągu dnia wcieranie po 6·0 maści zawierającéj 1:5 jodoformu, poczém pokrywa skórę glowy tkaniną nieprzenikliwą. Wcierania te trwały w pierwszym przypadku 17 dni, w drugim 19, w trzecim 30, w czwartym 32, w piątym 9. W Niemczech Bauer i Coesfeld ogłosili szczęśliwe wyleczenia gruźlicy opon mózgowych wcieraniami maści jodoformowéj. Loewenfeld przytacza przypadek podobnego leczenia, po którém wyleczenie zdawało się być trwałém, lecz po półtora roku dziecko to uległo ponownemu zapaleniu gruźliczemu opon mózgowych, a badanie pośmiertne wykazało obok świeżéj, ślady dawniéj przebytéj sprawy zapalnéj. Inni autorowie oświadczają, że podając jodoform wewnętrznie spostrzegali zupełne zniknięcie przerosłych gruczołów karkowych, których zwyrodnienie serowate nie ulegało wątpliwości.

Ze swojéj strony Dr. B. dodaje, że z wielkim pożytkiem używał jodoformu, jako środka antyseptycznego przewodu pokarmowego w durze brzusznym; poleca on dziennie 0·5 jodoformu samego lub z węglem Belloca.

W ostatnich czasach poczęto wykazywać ujemne strony wewnętrznego podawania jodoformu, polegające na utracie łaknienia i nader przykrym ostroczosnkowym smaku; Dr. A. widzi w tém nieprzyjemność, a nie poważne przeciwskazanie;

natomiast słusznie obchodzi go ważna sprawa podrabiania jodoformu kw. pikrynowym, w skutek czego nie tylko ten dzielny środek utraca swe najcenniejsze własności, ale co najważniejsza, że kw. pikrynowy jest trującym, działa zgubnie na przewód pokarmowy. Podnoszono jeszcze sprawę rozkładania się jodoformu w świetle i powietrzu; rzeczywiście rozczyn jodoformu w lotniku przybiera w świetle barwę ciemną, pochodzącą od wyzwalającego się jodu; natomiast ciecz ta, zawarta w torebkach elastycznych, nie rozłożyła się po sześciu miesiącach, jak to wykazało osobiste doświadczenie autora; dla tych więc powodów zaleca Dr. A. podawanie jodoformu w torebkach. Autor kończy swą rozprawkę zdaniem, że jodoform winien swe działanie na organizm nie jodowi, który zawiera w znacznéj ilości, gdyż fizyjologiczne działanie jodu i jodoformu różni się: ostatni nie sprowadza nigdy silnego podniecenia nerwowego i z tego względu można go bezkarnie zalecać w chorobach gorączkowych; tego nie można powiedzieć o jodzie i jodkach. *Dr. Ą. Kwaśnicki.*

Chirurgija.

William Mac Ewen (z Glasgowa): **O radykalném leczeniu przepukliny pachwinowéj zewnętrznéj za pomocą wewnętrznéj brzusznéj peloty i przywrócenia kształtu zastawki kanału pachwinowego.** Podał Dr. Barącz.

W operacyjach mających na celu radykalne leczenie przepukliu albo pozostawia się worek przepuklinowy w kanale (i traktuje się go w różny sposób) albo téż podwiązuje się jego szyję a odcina się pozostałość worka. Operacyja Wooda jest typem pierwszego sposobu leczenia, operacyja Banksa drugiego. Postępowanie z workiem w operacyi, którą autor poniżéj opisuje, różni się od innych tém, że zachowany worek zupełnie odprowadza się po za obręb kanału i przeobraża niejako w pelotę położoną na brzusznéj powierzchni obwodu wewnętrznego pierścienia pachwinowego. Przy operacyi Wooda worek działa niejako jako tampon a jako taki oddala od siebie ramiona kanału; zapobiega się temu wprawdzie przez zaciśnięcie węzłów druta ażeby wywołać w ten sposób efuzyję plastyczną, która ma zlepiać tkaniny ze sobą; zawsze jednak powstaje w téj metodzie lejkowate wgłobienie otrzewny, w które podczas kaszlu wstąpić może jelito i na nowo rozszerzyć kanał. W celu zapobieżenia tym niedogodnościom oddziela się worek przy operacyi autora niżéj opisanéj nie tylko od całego kanału pachwinowego, lecz także od wejścia brzusznego obwodu wewnętrznego pierścienia; odprowadza się go zupełnie z kanału do brzucha po za pierścień wewnętrzny, gdzie stanowi baryjerę wypukłością zwróconą ku jamie brzusznéj, podczas gdy podstawa spoczywa na ścianie brzucha otaczającéj obwód wewnętrznego pierścienia; co nie tylko ochrania pierścień wewnętrzny, ale powstrzymuje zarazem uderzenie fal jelit o otwór. Do operacyi używa autor 2 igieł Dechampsa zakrzywionych w 2ch kierunkach odwrotnych. Bada najpierw palcem po nacięciu powłok zewnętrznych brzuszną powierzchnię pierścienia wewnętrznego i położenie *A. epigastrica*. Oddziela następnie za pomocą wprowadzonego palca worek od sznurka i od ścian kanału; dosięgnąwszy palcem pierścień wewnętrzny oddziela otrzewnę na ½ cala na około brzusznéj powierzchni pierścienia wewnętrznego, marszczy za pomocą przeprowadzonéj nitki worek przepuklinowy w postaci kurtyny i utwierdza go w tém położeniu zmarszczoném za pomocą szwu do warstw mięśnia ukośnego zewnętrznego; w ten sposób powstaje pelota z otrzewny i od brzusznéj strony obwodu wewnętrznego pierścienia mogą powstać przyczepy. Następnie zamyka w następujący sposób na zewnątrz kanał pachwinowy. Unikając *A. epigastrica* wprowadza pod kontrolą palca igłę anewryzmatyczną uzbrojoną w nić w ten sposób, że ona przebija powięź wewnętrznego otworu w 2 miejscach: najpierw od zewnątrz ku wewnątrz, blisko dolnego wewnętrznego brzegu powięzi, wykłuwa igłę następnie wyżéj (tym samym obrotem igły) tak, że nitka tworzy pętlę obejmującą całą grubość powięzi. Wprowadza następnie drugą igłę anewryzmatyczną nawleczoną końcem nitki wychodzącym z dolnego brzegu powięzi od wewnątrz na zewnątrz przez powięź Pouparta i utkanie ścięgniste *m. transversus obliq. int.* i *ext.* Następnie nawleka znowu górnym końcem nitki wykłutéj na górnym wewnętrznym brzegu pierścienia tę samą igłę i wykłuwa tak samo od wewnątrz przez więz Pouparta. Oba końce nitki wychodzącéj z zewnętrznéj powierzchni *obliq. ext.* wiąże się w ścisły węzeł, który ściśle przybliża ramiona wewnętrznego pierścienia. W razie potrzeby można założyć podobny węzeł poniżéj. W celu uniknięcia ściśnienia sznurka nasiennego, należy go zbadać przed zaciśnieniem węzła; sznurek powinien być dokładnie ruchomym. Skórę należy podczas zakładania szwów dostatecznie odciągnąć na obie strony, poczém wpada w naturalne położenie; operacyja jest więc w części podskórną. Ranę drenuje się za pomocą drenu z odwapnionéj kości kurzéj; szew kuśnierski rany zewnętrznéj. Opatrunek jodoformowo-sublimatowy uciskowy. Opatrunek pozostawia się 14—21 dni, zmienia się prędzéj tylko w razie gorączki, po zdjęciu opatrunku rana bywa zabliźnioną, a dren leży wolno w opatrunku. Zakłada się jeszcze pelotę uciskową z waty; po 4 albo 6 tygodniach po operacyi pozwala się choremu wstawać, ale dopiero od 8 tygodnia pracować, przyczém nie pozwala się dźwigać większych ciężarów osobom o wiotkich tkaninach. W przepuklinie wrodzonéj dolną połowę worka odcina się a z górną zaszytą postępuje się w sposób powyżéj opisany jak w przepuklinie nabytéj). Do głębszego szwu używa autor katgutu preparowanego w ten sposób, że wytrzymać może oporność tkanin na 14—21 dni, do powierzchownego szwu łatwiéj resorbującego się katgutu. Autor wykonał operacyję opisaną w 33 przypadkach przepukliny nabytéj dla radykalnego wyleczenia, w 14 przypadkach przepukliny pachwinowéj uwięźniętéj, zatém w 47 przypadkach przepukliny pachwinowéj; w 9 przypadkach zaś przepukliny udowéj. Z załączonych 3 tablic obejmujących wszystkie przypadki okazuje się, że śmierć nie nastąpiła w żadnym przypadku, nieznaczne ropienia tylko w kilku przypadkach (*hernia incarcerat.*); w każdym przypadku przyszło do zupełnego zarośnięcia kanału, co stwierdzić można było po upływie kilku (nawet 5) lat po operacyi; z 14 przypadków dotyczących przepukliny uwięźniętéj 3 chorych nosiło lekką pelotę i opaskę propylaktycznie. (*Annales of Surgery* Vol. IV, Nr. 2, 1886).

Okulistyka.

Dr. L. Wolffberg: **Prosta metoda badania ilościowego poczucia barw w celach rozpoznawczych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Przedewszystkiém wynika z niéj jasno, że wady refrakcyi znacznie mniéj upośledzają zdolność poznawania cz^2 $bł^7$, aniżeli choroby grupy drugiéj, z pierwszych zaś astygmatyzm znacznie mniéj niż wzrok nad- i niedomiarowy. Na téj podstawie znając tylko odległość, na którą chory rozpoznaje jeszcze cz^2 $bł^7$, a co najwyżéj jeszcze V bez badania szkłami, można z góry oznaczyć, czy upośledzenie funkcyi zależy od wady refrakcyi, a nawet czy nie od niezborności,

czy też z przyczyn ważniejszych, jak zaćmienia środków łamiących, zmian na dnie oka, lub zaburzeń nerwowych. Dla jasności weźmy za autorem kilka z licznych przypadków. Dziecko T. R. nie może czytać; cz² bł⁷ poznaje na 6 m., zatém wzrok z wszelkiém prawdopodobieństwem ma prawidłowy, bo przy najlżejszéj wadzie refrakcyi lub najmniejszém obniżeniu poczucia światła cz² bł⁷ nie da się już rozpoznać na 6 m. Kontrola przy pomocy tablic Snellena wykazuje, że wzrok w istocie jest prawidłowym.

Drugi przykład: Pan A. H. rozróżnia cz² bł⁷ na 2 m., $V={}^5/_{50}$. Wedle tablicy cz² bł⁷ może tylko wada refrakcyi wywołać, bo przy drugiéj grupie chorób już przy $V={}^5/_{15}$ cz² bł⁷ zaledwie w odległości $1^1/_2$ m. jest rozpoznawalném. I rzeczywiście badanie bystrości wzroku wykazuje $V={}^5/_3$ Mp. 2 D. Trzeci przykład: Kandydat med. R. rozpoznaje cz² bł⁷ na $5^1/_2$ m., $V={}^5/_8$ a więc gorszy aniżeli w pospolitéj ametropii, ponieważ zaś choroby grupy drugiéj bardziéj upośledzają poczucie ilościowe barw, niż bystrość wzroku, pozostaje więc tylko astygmatyzm. Zgodnie z tém pokazuje się w istocie, że szkło walcowe — 0·25 D. podnosi V do $^5/_3$. Dlaczego w niezborności bystrość więcéj stosunkowo cierpi niż zdolność odróżniania cz² bł⁷, tłumaczy się tém, że koła rozpierzchłe szkodliwiéj wpływają tu na rozpoznawanie liter, aniżeli barwików.

Sam przyrząd [1]) jak i badanie za pomocą niego są bardzo proste. Jest to książka w formie albumowéj, która na okładce powleczona jest tłem z czarnego aksamitu, a na tle tém umieszcza się barwne znaczki napojone barwikiem Marxa. Znaczki czerwone i błękitne, jako najważniejsze, najczęściéj bywają w użyciu, tylko na przypadek ślepoty barwnéj na te barwy pomieszczone są znaczki żółte i zielone. W razie gdy zachodzi potrzeba zbyt wielkiego zbliżenia się do oka badanego, używa się zamieszczonych na ten przypadek kwadratów o ścianie = 10 cm. W tym ostatnim razie używa się oczywiście i odrębnéj tabliczki dla ocenienia wyniku. Badanie zaś uskutecznia się w zwykły sposób przez oznaczenie największéj odległości, w któréj chory dany znaczek jeszcze rozpoznaje.

Trudno nie przyznać za autorem, że metoda ta jest prostą, krótką, i jeżeli zasadnicze dane zkąd inąd potwierdzone zostaną na większym materyjale, że przyczyni się ona nie mało do skrócenia rozpoznawczych zabiegów okulistyki. Bo jakkolwiek pytanie autora, czyby metoda ta nie mogła wyrugować zupełnie badania bystrości wzroku, niewątpliwie jest za śmiałém i przesadzoném, to nie ulega wątpliwości, że przy licznym materyjale i tam gdzieby nie zawsze chodziło o dokładne zbadanie refrakcyi, a jeszcze bardziéj w przypadkach skomplikowanych, gdzie często nie wiedzieć, co policzyć na karb wady refrakcyi, astygmatyzmu nieregularnego, a co na karb ważniejszych cierpień, że w takich razach mogłaby oddać lekarzom nieocenione usługi. (*Klin. Monatsblätt. für Augenheilkunde*). *Dr. Sroczyński.*

Choroby nerwowe.

Salgo: **Szczególna forma zaburzenia ruchów źrenicy.**

U chorych umysłowych zwrócono dotychczas uwagę na nierówne rozszerzenie i na stałe zwężenie źrenic. Różnica jednak w szerokości źrenic straciła wiele na pierwotnéj wartości rozpoznawczéj ze względu, że z jednéj strony napotkano ją w przypadkach, w których choroby mózgowéj nie było, a z drugiéj strony, że w wielkiéj liczbie przypadków chorób umysłowych nie stwierdzono wcale różnicy w szerokości źrenic. Większe znaczenie przypisać należy źrenicom stale zwężonym i można uważać za uzasadnioną uwagę Seifferta, że pojawienie się zwężenia źrenic w przebiegu chorób umysłowych znamionuje początek ogólnych porażeń. Autor zwrócił nadto uwagę na niejednakowe kurczenie się mięśni tęczówki, pociągające za sobą zmianę kształtu źrenicy. Źrenica przedstawia się w takich razach jużto w postaci trójkąta lub wielokąta o zaokrąglonych rogach, jużtéż jako szpara pozioma lub pionowa, podobna do źrenicy kota. Czasem wystaje maleńki płatek tęczówki, czyniący wrażenie przyczepiny. Źrenice w ten sposób zniekształcone oddziaływają na światło, przyczém przybierają inną postać nieregularną. Takie zaburzenie ruchów źrenicy jest, zdaniem autora, w przeważnéj liczbie przypadków objawem zboczenia umysłowego połączonego z porażeniem i zdarza się o wiele częściéj niż stałe zwężenie źrenic, rzadziéj atoli niż nierówne rozszerzenie źrenic. Nieregularna postać źrenicy jest niewątpliwie wyrazem zmiennéj niedomogi w inerwacyi tęczówek i stoi na równi z innemi zaburzeniami ruchowemi, pojawiającemi się z przyczyny schorzenia kory mózgowéj. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie.* 1886, Nr. 19). *Dr. Prus.*

Choroby dzieci.

Z 59 Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich.

Dr. Dornbluth: **O środkach ochronnych w chorobach zakaźnych.**

Podawszy ogólne wskazówki co do zachowania się w epidemijach, jak odosobnienie dzieci zdrowych, odpowiedni ubiór, czystość i dyjetę, przechodzi D. poszczególne choroby zakaźne. Krótko omawia odrę, którą uważa za nieunikniony proces wieku dziecięcego, ale nie wymagający szczególnych ostrożności, z powodu małéj śmiertelności (do 1 roku 5·5%, od 1—5 0·29%, od 6—10 r. 0%, średnio zatém 1·62%); niedługo zatrzymał się nad krztuścem, przyczém zwraca uwagę na miejsca wspólnéj zabawy dzieci w miastach większych, jako na ważne ognisko rozwlekania epidemii.

O wiele groźniejszą od innych zakaźnych wysypek jest płonica z powodu dłużéj trwającego okresu utajenia choroby, jak również z powodu przenoszenia jéj przez osoby trzecie, zdrowe. Z tego powodu najskrupulatniejsze środki ostrożności należy przestrzegać, zwłaszcza w szkołach i w miejscach publicznych. Wyklucza więc D. dzieci chore przez 6 tygodni jeszcze po przebyciu płonicy ze szkoły, również ich rodzeństwo i dzieci współlokatorów, choćby zdrowe. Zaleca daléj dezinfekcyję sukien, pościeli i bielizny chorych za pomocą suchego gorąca, przestrzega przed pozbywaniem tych przedmiotów drogą sprzedaży, bez poprzedniéj dezinfekcyi. Stanie się temu atoli zadosyć tylko wtedy, gdy o poszczególnych przypadkach zakaźnéj choroby powiadamiać będą sanitarną władzę nietylko lekarze lecz i zarządzcy domów i nauczyciele.

Błonica zajmuje odmienne od płonicy stanowisko. Zakażenie bowiem w obec zdrowotnych warunków chorego jest tu wagi drugorzędnéj. D. zaleca zatém jako środki zaradcze przedewszystkiém zarządzenia sanitarne, nie w tym stopniu może jak w Meklenburgu, gdzie przybijanie tabliczek ostrzegających na domach, których mieszkańcy dotknięci są błonicą, prowadzi do zatajania przypadków choroby, lecz przez pouczania publiczne o istocie błonicy i o środkach ochronnych.

Dr. Ehrenpreis z Berlina uwzględnia szczegółowo

[1]) Sprzedaje go optyk Emil Sydow w Berlinie N. W. 6, Albrechtstrasse 13.

statystykę chorób zakaźnych, z którój podnosi, że w Berlinie od roku 1882—1885 zapadło na błonicę 12.026 dzieci niżéj 10 lat, a zmarło 2742 (22·8%). Zgadza się z D. co do środków zaradczych, między któremi kładzie nacisk na: 1) ustanowienie lekarzy szkolnych, 2) ogólny obowiązek donoszenia o przypadkach choroby zakaźnéj, 3) wyznaczenie nagrody za najlepszą pracę na tém polu.

Dr. Raudnitz poleca jako dodatkowy środek ochronny kąpiele codzień wieczorem i przepłukiwanie jamy nosa i gardła.

Z naszéj strony wyrażamy zadziwienie z powodu tak optymistycznego zapatrywania się na najpierw omówione choroby zakaźne. Śmiertelność w odrze, według sprawozdawców, tak nieznaczna, zależy w wysokim stopniu od geniuszu epidemicznego poszczególnych wybuchów, mianowicie od powikłań właściwych poszczególnym epidemijom. Nauczeni smutném doświadczeniem ostatnich dziesiątków lat, przestaliśmy już uważać tradycyjnie odrę, za tak niewinną wysypkę wcale dziecięcemu wiekowi niegroźną. Wszak, nie szukając daleko przypominamy tylko, jaką złośliwością powikłań odznaczała się epidemja odry w r. 1885 w Krakowie. Ze 143 przypadków odry spostrzeganych w szpitalu św. Ludwika w Krakowie, 44, a zatem 30·8%, zakończyło się śmiercią, najczęstszém powikłaniem była *pneumonia cat.*, rzadszém *laryngitis cat. et crouposa*, *gangraena vulvae* itd. Śmiertelność ta przypada na rok 1 do 8go. a zatem na epokę wieku dziecięcego, uważaną za najbardziéj pod względem śmiertelności korzystną.

Co się tyczy kokluszu sądzimy, że odosobnienie chorych należy przeprowadzać z całą ścisłością; znamy bowiem np. przypadek, że chory na krztusiec, wysłany ze względów zdrowotnych na wieś, przez pobyt kilkunastominutowy w szkólce wiejskiéj zakaził tą chorobą większość obecnych zdrowych dzieci, tak że z 28 zapadło na koklusz 16.

Co do środków zaradczych należałoby położyć większy nacisk na trzy, według naszego zapatrywania, ważne okoliczności. Ref. poleca czuwanie nad wykluczeniem ze szkoły dzieci, zdradzających pierwsze początki jakiejś choroby zakaźnéj, w pierwszéj linii nauczycielom szkolnym. Byłoby to bardzo zbawienném, gdyby nauczyciele mieli o chorobach zakaźnych jakie takie wyobrażenie.

Drugim momentem, którego ref. dotknął pobieżnie, jest postępowanie otoczenia chorego z sukniami jego, pościelą i bielizną. Przeprowadzenie w domu dezinfekcyi w dostatecznym stopniu, aby zarazek zniszczyć, jest pobożném życzeniem. Po przestrodze lekarza, że suknie i pościel chorego, jeśli nie ulegną dezinfekcyi, mogą być powodem rozwleczenia choroby w otoczeniu, usuwa się je co prędzéj z domu drogą sprzedaży, bez żadnéj najczęściéj dezinfekcyi. Łatwo pojąć, jaka ztąd wynika łatwość zawleczenia epidemii, przy znacznéj uporczywości i długotrwałości zarazka np. płonicy, utrzymującego się niekiedy przez przeciąg kilku miesięcy w pierzu poduszek, materacach włosiennych i wełnianych kołdrach chorego. Jedynym zaradczym środkiem w tym kierunku byłoby zaprowadzenie publicznych komor dezinfekcyjnych.

Dr. Hennig z Lipska odczytał rzecz o higijenie szkolnéj ze względu na czynności mózgowe i dziedzinę moczo-płciową. Niestosowne oświetlenie, ogrzewanie i wentylacyja szkół, obok przeciążenia naukowego, wpływa na powstawanie u dzieci chlorozy, anemii i rozdrażnienia mózgowego, stopniującego się niekiedy do nieznanych dawniéj w tym wieku samobojstw, wywołanych chorobliwą ambicyją i współzawodnictwem. Jako środek zaradczy poleca zajmowanie się poza szkołą pracami mechanicznemi. Umysłowa praca dzieci zwłaszcza po wieczerzy wywołuje zadrażnienie dziedziny płciowéj, objawiające się pomazywaniami nocnemi, samogwałtem, u dziewcząt zaś wczesném miesiączkowaniem. *Dr. Smolarski.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

IVte zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 13 marca 1886.

Obecni: Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 20.

1) Kol. Ziembicki przedstawia z oddziału chir. tutejszego szpitala szósty przypadek wyleczenia chorego, u którego „*per sectionem altam*“ bez zeszywania następowego wyjął z pęcherza kamień, (który jako imponujący znaczną wielkością okazywał na poprzedniém posiedzeniu). Chory operowany, około 18 lat liczący, wyzdrowiał zupełnie we dwa tygodnie po operacyi. Kol. Ziembicki przedstawia jeszcze wól niezwykłéj wielkości, wyłuszczony w tych dniach u choréj na oddziale chirurg. tut. szpitala.

2) Kol. Sielski odczytuje następnie rzecz pt. „Przyczynek do operacyjnego leczenia przodopochylenia macicy“, w któréj opisuje przypadek z praktyki swéj prywatnéj. Ponieważ rzecz ta będzie ogłoszona drukiem, przeto podaje się tu tylko w streszczeniu o tyle, o ile dla zrozumienia dyskusyi jest konieczném. Przypadek dotyczy choréj mężatki, która rodziła już 3 razy, i która po ostatnim porodzie (od lat 2½) była chora i ciągle się leczyła. Prelegent leczy chorą od półtora roku i stwierdził przodopochylenie macicy, odpowiadające najnowszym pojęciom naukowym o tym stanie. Zalecał wszelkie środki i sposoby lecznicze: spokój, upusty krwi, zakładanie pesaryjów (zewnątrz i wewnątrzmaciczne), bez najmniejszego jednak skutku. Stan choréj nie polepszał się wcale, dolegliwości stawały się nawet większemi. W skutek tego zdecydował się przystąpić do wykonania operacyi wykonywanéj przez Simsa i Simona, lecz zmodyfikowanéj przez siebie. I istotnie wykonał operacyję d. 29 stycznia 1886 w ten sposób, że w przedniéj ścianie pochwy, tuż pod szyjką maciczną wyciął błonę śluzową w kształcie poprzecznéj elipsy, poczém założył w poprzek pochwy 18 szwów, aby brzegi ze sobą złączyć i przez to pochwę skrócić; nadto przyszył do górnego brzegu rany szyjkę maciczną w tym celu, aby skrócona ściana pochwowa przednia ściągała i wyprostowywała pochyloną ku przodowi macicę. Cel zamierzony osiągnął prelegent istotnie, bo efekt operacyi bardzo dotąd pomyślny, a dolegliwości ze strony odbytnicy i pęcherza tuż po operacyi ustąpiły zupełnie. Jak się chora nadal mieć będzie, nie omieszka pregent kolegów zawiadomić.

W dyskusyi zabiera głos kol. Bylicki: Sam ten fakt, iż Sims, który rozporządzał tak wielkim materyjałem, tylko dwa razy a Simon raz jeden zabrali się do operacyjnego leczenia przodopochylenia, najlepiéj już świadczy o małéj użyteczności téj operacyi, nie przypuszcza więc, aby przodopochylona macica, która zawsze prawie bywa powiększoną, nie wyciągnęła z czasem ściany przodkowéj pochwy ku tyłowi i ku górze, jeśli w dodatku, co się często wydarza, towarzyszy przodopochyleniu skrócenie tylnych więzów czyli fałdów Douglasa. Możebny zaś dobry skutek operacyi, który trwać może i dłuższy czas, należało raczéj przypisać upustowi krwi, towarzyszącemu operacyi, jakotéż spokojnemu zachowaniu się choréj przez dłuższy czas. Wreszcie prosi kol. Sielskiego, aby o losie choréj późniéj kolegów chciał zawiadomić. Korzystając z téj sposobności, aby zapoznać kolegów z zapatrywaniami dzisiejszemi na zmiany położenia szczególnie na przodopochylenie i przodozgięcie, takiemi, jakie wprowadził Schultze do nauki, nadmienia kol. B., że przodopochylenie nie jest zmianą położenia lecz zmianą kształtu macicy, która utraca tu zgięcie fizyjologiczne, gdy strona patologiczna przodozgięcia głównie tkwi nie w samém zmniejszeniu kąta załamania, ile w tém, że załamana macica albo usuwa się prostującemu działaniu wypełnionego pęcherza lub z powodu stałości kąta złamania *(winkelsteife Flexion)* wyprostowanie jest niemożebne. Schul-

tze wykazał, że najczęstszém prawidłowém położeniem macicy jest to, które dawniéj tak zbyt często za przodozgięcie patologiczne uważano. Macica bowiem najczęściéj przy próżnym pęcherzu spoczywa trzonem na sklepieniu przodkowém, a pęcherz pod nią miseczkowato bywa ułożonym. Kąt zaś załamania bywa prawie prostym. Lecz właśnie cechą fizyjologicznego przodozgięcia jest zmienność kąta i możebność wyrównania go tak w czasie wypełnienia pęcherza jak i w czasie pewnego naprężenia podczas miesiączkowania i spółkowania.—Macica, jak już wspomniano, może sprawami zapalnemi być stale zagiętą, lub może z pod działania pęcherza usunąć się albo w ten sposób, że ciało macicy jest za małém *(uterus infantilis)*, do zbyt zatém małego odcinka pęcherza przylega, aby on miał wpływ na wyprostowanie jéj, albo też skutkiem skrócenia pozapalnego fałdów Douglasa cała macica usuwa się znacznie ku tyłowi i górze i nie zmienia kształtu przy różnych stanach pęcherza. Cechą zatém patologicznego przodozgięcia jest niezmienność kąta i ztąd pochodzą wszystkie inne objawy.— Kol. Sielski stanowczo nie zgadza się, ażeby w opisanym przypadku przypisać dobry skutek osiągnięty przez operacyję tylko spokojnemu leżeniu i upustowi krwi przy operacyi; wszystko to bowiem, t. j. spokojne leżenie przez czas dłuższy (6 tygodni przeszło), upusty krwi, liczne skaryfikacyje itp. stósowano kilkakrotnie przed przystąpieniem do operacyi, a chora żadnéj wcale ulgi nie doznała. Na wywody Schultzego przytoczone przez kol. Bylickiego (które zresztą po części na początku już sam prelegent przytoczył) zgadza się prelegent w zupełności.— Kol. Schramm zapytuje kol. prelegenta, czy przez opisane wycięcie nabiera przednia ściana pochwy dosyć siły, aby mogła utrzymać macicę w położeniu do prawidłowego zbliżonêm? Prelegent odpowiada, że aby siłę tę zwiększyć przyszył do dolnego brzegu rany (po odświeżeniu rany) część pochwową macicy. Kol. Kadyi sądzi, że jeżeli prelegent za pomocą operacyi oddalił część pochwową macicy od tylnéj ściany pochwy, a więc i od krzyżów, to skutek powinien być pomyślny.

3) Kol. Pisek zdaje następnie sprawę z najnowszych prac o cholerze. *Dr. Wiktor.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie z ruchu chorych w oddziale położniczo-ginekologicznym prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie w r. 1884 i 1885.

Podał
Dr. J. Ziembiński,
sekundaryjusz oddziału.

Oddział położniczo-ginekologiczny w szpitalu św. Łazarza składa się z sali porodowéj o 2 łóżkach i z 25 łóżek dla położnic i chorób kobiecych. Pod kierunkiem sekundaryjusza oddziału dołączona jest sala mamek, która rozporządza 8 łóżkami i 8 kolebkami, z których każda przeznaczona jest na dwoje niemowląt.

W czasie roku szkolnego materyjał oddziału stanowią przypadki ginekologiczne po największéj części, a przypadki porodowe, przeważnie prawidłowe, tylko o tyle, o ile nie mają miejsca w klinice. Przeciwnie w czasie feryj szkolnych wszystkie przypadki porodowe przyjmowane bywają na oddział bez wyjątku, w skutek czego liczba chorych ginekologicznych jest bardzo ograniczoną, a to z powodu, że w tym czasie klinika jest zamkniętą.

Ruch chorych w oddziale tym w r. 1884 i 1885 przedstawia się jak następuje:

A) Przypadki położnicze.

Z końcem roku 1883 pozostało niewiast brzemiennych 4, w ciągu roku 1884 przybyło ich 243, co razem wynosi 247. Z tych urodziło w ciągu roku 1884 r. w samym zakładzie 231, reszta przypada na porody uliczne i brzemienne, które same przed porodem szpital opuściły lub też z powodu zbyt długiego jeszcze terminu do odbycia porodu z zakładu wydalone zostały. Z tych 231 porodów przypada 207 na porody czasowe, 17 na poronienia i 7 na porody przedwczesne płodów zmacerowanych. Co do płci urodziło się chłopców 105, dziewcząt 104, u jednych i drugich po parze bliźniąt. Porodów na świecie odbyło się 5; brzemiennych zaś już to na własne żądanie, już też z innych powodów wydalono ze szpitala 11. Z końcem roku zawitała gorączka połogowa, która też w ostatnich dniach grudnia spowodowała śmierć trzech położnic.

Operacyj położniczych wykonano w r. 1884 15, a mianowicie: 1) Kleszcze przy niskiém ustawieniu główki 4. (Matka i dzieci wyszły zdrowe). 2) Kleszcze przy wysokiém ustawieniu główki 1. (Matka opuściła zakład zdrowa, dziecię umarło z powodu *Erysipelas capitis*). 3) Wyciąganie ręczne płodu 2. (Matka i dzieci wyszły zdrowe). 4) Obrót na nóżki 2. (Raz przy porodzie bliźniaczym, drugi raz przy zwykłym. Matka i bliźnięta wyszły zdrowe, druga zaś matka umarła z powodu rozdarcia przed przybyciem do szpitala przedniego sklepienia pochwy obok ścieśnienia miednicy, dziecko urodzone nieżywe). 5) Odklejenie łożyska 6. (Matki wyszły zdrowe, jedno dziecko umarło z powodu niedostatecznego rozwoju, drugie urodzone nieżywe).

Z roku 1884 pozostało niewiast brzemiennych 12. W ciągu roku 1885 przyjęto 268, zatém ogólna suma wynosi 280. Z pozostałych z r. 1884 12 brzemiennych urodziło w miesiącu styczniu 7, w lutym 3, w marcu 2. Pięć z nich przeszło na salę mamek a dwie umarły w skutek gorączki połogowéj. Porodów ogółem odbyło się w zakładzie 247, a mianowicie: porodów pojedynczych 227, porodów bliźniaczych 4, porodów przedwczesnych 13, płodów zmacerowanych 3. Na własne żądanie wyszło przed porodem niewiast 13, przyjęto do zakładu już po porodzie 10, przeniesiono w ciągu roku z powodu świerzbu 3, co dodawszy do poprzedniéj cyfry otrzymamy sumę 273; reszta pozostaje na rok 1886.

Z pomiędzy urodzonych dzieci było chłopców 126, dziewcząt 109.

Z operacyj położniczych wykonano: 1) Kleszcze przy niskiém ustawieniu główki 14. (Umarły 2 matki, jedna z eklampsyi druga z gorączki połogowéj, dzieci zaś 4). 2) Kleszcze przy wysokiém ustawieniu główki 2. (Jedna matka zmarła skutkiem gorączki połogowéj, dziecko wyszło zdrowe). 3) Wyciąganie płodu ręczne 3. (Wszystkie matki i dwoje dzieci zdrowe, jedno poronione w czwartym miesiącu nieżywe). 4) Obrót na nóżki 1. (Matka wyszła zdrowa, dziecko nieżywo urodzone). 5) Wymóżdżenie i zmiażdżenie główki 1. (Matka wyszła zdrowa). 6) *Sectio caesarea in mortua.* (Bliźnięta nieżywe wydobyto). 7) Odklejenie łożyska 4. (Jedna matka zmarła na gorączkę połogową, dzieci wyszły zdrowe). Ogółem zatém wykonano operacyj 26, matek zmarło 5, dzieci 9.

B) Chore ginekologiczne.

Rok 1884: Pozostało z r. 1883: 7. Przybyło w r. 1884 132. Razem 139.—Wyszło uleczonych 109. Nieuleczonych i z polepszeniem 16. Umarło 4. 1 umarła z *Carcinoma cervicis c. infiltratione carcinomatosa glandularum et fornicum vaginae*, 1 z *Peritonitis post exsudatum periuter.*, 1 *cum fistula vesico vaginali* z *gangraena genit.*, 1 *post. fibrosarcoma uteri ex anaemia.*

Rok 1885: Pozostało z r. 1884 10. Przybyło w r. 1885 109. Leczono razem 119. Wyszło uleczonych 94. Nieuleczonych i z polepszeniem 11. Umarło 2. Z tych 1 umarła z *Anaemia post sarcoma uteri*, 1 z *peritonitis post exsudatum periuterinum.*

Operacyj ginekologicznych wykonano ogółem 12, a mianowicie: 1) *Torsio* dwa razy, raz z powodu ukleja cewki moczowéj a raz z powodu *papilloma urethrae.* 2) *Polypotomia* z powodu *Polypus fibrosus uteri;* chora opuściła szpital zdrowa. 3) *Excochleatio* z powodu *Carcinoma corp. uteri*; chora opuściła szpital z polepszeniem; druga *Carc. cerv. uteri*, również wyszła z polepszeniem. 4) Operacyj fistuły pęcherzopochwowéj *Fistula vesico-vaginalis* wykonano cztery, z tych dwie z dobrym skutkiem, drugie zaś dwie nie chciały się po raz wtóry dać operować. 5) Hysterostomatomij wykonano trzy, dwie z powodu *Stenosis ostii ext. uteri*, jednę z powodu niepłodności.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 17 b. m. pod przewodnictwem prezydenta miasta Dra Szlachtowskiego posiedzenie, na którém po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania zastanawiano się nad wykonaniem uchwał dawniéj zapadłych. R. m. Dr. Domański wniósł, aby ze względu na wielką ważność obserwacyj wody gruntowéj dla chorób zakaźnych, tudzież budowy studni, kanałów, wodociągów i zakładania fundamentów, badać systematycznie w kilku odpowiednich punktach falowanie wody gruntowéj, a wypadek tych poszukiwań podawać do wiadomości publicznéj. Wniosek ten przy-

jęto. Postanowiono zbadać chemicznie wodę z kilku studzien w ulicy Karmelickiéj i w zakładzie gazowym. — Fizyk miejski doniósł, że w r. b. zaszczepiono kosztem miasta 1045 dzieci, z czego prawie $^2/_3$ przypada na ludność izraelicką, widocznie najlepiéj pojmującą znaczenie tego środka ochronnego. W sprawie nieprzyjmowania do szkół publicznych dzieci nieszczepionych uchwalono rozpatrzeć się niezwłocznie celem poczynienia stósownych kroków na przyszłość. — Wychodki w szkole św. Scholastyki postanowiono poprawić ile tylko można, i wyznaczono do tego osobną podkomisyję. — Co do chorób zakaźnych podał fizyk miejski daty statystyczne z ostatnich miesięcy, z czego się pokazuje, iż w roku bieżącym śmiertelność z chorób zakaźnych była znacznie mniejsza niż dawniéj, tyfus brzuszny stał się obecnie wcale rzadką chorobą, a ani z ospy, ani z odry nikt w październiku nie umarł. Dysenteryi prawie całkiem nie było. Mimo rozmaitych alarmujących pogłosek ciągle panuje pomyślny stan zdrowia w mieście a cholery azyjatyckiéj nie było ani jednego przypadku. — Oświadczono się na zapytanie Magistratu za urządzeniem kilku ogrzewalń na zimę dla ubogiéj ludności. — Sprawę uregulowania i uporządkowania ujścia Staréj Wisły za cmentarzem izraelickim odroczono ze względu na późną porę roku i konieczność dokładnego jéj zbadania. — R. m. Dr. Domański z uwagi, że mleko jest bardzo ważném pożywieniem, że fałszowanie jego lub nawet proste tylko rozcwarzanie wodą jest nietylko oszukiwaniem konsumentów, ale nadto stanowić może, osobliwie u dzieci, źródło niebezpiecznych chorób przewodu pokarmowego, że za pośrednictwem mleka przenosić się mogą i rzeczywiście przenoszą rozmaite choroby zakaźne, wniósł, aby korzystać z chęci p. Stanisława Homolacsa, właściciela Balic, pragnącego urządzić w swym majątku wzorową mleczarnię dla użytku Krakowa, obejrzeć jego gospodarstwo mleczne i porozumieć się co do warunków, pod któremiby można wziąć mleczarnię balicką pod kontrolę i opiekę komisyi sanitarnéj. Wniosek ten przyjęto a do porozumienia się z p. Homolacsem wyznaczono podkomisyję z Drów r. m. Domańskiego, fizyka miejskiego Buszka i weterynarza miejskiego Walentowicza.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 31 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32·5. Z płonicy umarło 3 (1 z. t.); z błonicy i dławca 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 24—30 października umarło z ospy: w Budapeszcie 65, w Pradze 1, w Rzymie i Wenecyi po 2. Z duru osutkowego umarło w Szczecinie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 6, w Hamburgu 9, w Paryżu 23, w Londynie 30, w Petersburgu 9. Z odry umarło: w Londynie 24, w Paryżu 13. Z płonicy umarło: w Warszawie 21, w Berlinie 7, w Budapeszcie 25, w Londynie 29, w Odesie 26. Z błonicy umarło: w Warszawie 16, w Berlinie 37, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 16, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 16, w Paryżu 27, w Londynie 35, w Kopenhadze 15, w Petersburgu 10. Z krztuśca umarło: w Paryżu i Petersburgu po 10, w Londynie 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,9; we Lwowie 36,4; w Brodach 50,9; w Drohobyczu 52,1; w Kołomyi 32,3; w Przemyślu 24,9; w Stanisławowie 65,8; w Tarnopolu 43,8; w Tarnowie 14,2; w Czerniowcach 27,3; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 32,0; w Wiedniu 20,3; w Salcburgu 25,3; w Gracu 20,9; w Tryjeście 29,9; w Insbruku 28,3; w Pradze 31,5; w Ołomuńcu 33,2; w Opawie 26,0; w Berlinie 21,7; we Wrocławiu 24,5; w Gdańsku 23,4; w Dreźnie 23,1; w Hamburgu 28,6; w Kolonii 26,4; w Lipsku 16,2; w Mnichowie 25,8; w Strasburgu 19,9; w Amsterdamie 16,3; w Bazylei 12,5; w Brukseli 25,0; w Budapeszcie 57,7; w Chrystyjanii 19.8; w Genewie 13,9; w Kopenhadze 22,1; w Londynie 17,3; w Odesie 41,0; w Paryżu 21,1; w Petersburgu 22,8; w Pradze 25,3; w Rzymie 20.0; w Stokholmie 17,8; w Tryjeście 40,3; w Wenecyi 26,5; w Zurychu 20,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 listopada. N. Pan mianował nadzwyczajnego profesora Dra Józefa Łazarskiego zwyczajnym profesorem farmakologii i farmakognozyi w Uniw. Jagiellońskim.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego docent Gluziński miał wykład zapowiedziany, który ogłoszony będzie w tygodniku naszym. W dyskusyi oprócz prelegenta wziął udział doc. Pieniążek. Następnie Dr. Bossowski demonstrował pod drobnowidem bakteryje z miąższu twardziela nosa i okazał ich hodowle.

* Wiadomo, że Sejm na sesyi przeszłorocznéj petycyję Wydziału lekarskiego naszego względem otworzenia oddziału okulistycznego w szpitalu św. Łazarza i oddanie jego kierownictwa profesorowi okulistyki odstąpił Wydziałowi krajowemu do zbadania i poczynienia odpowiednich wniosków. Wydział krajowy zasięgnął przedewszystkiém opinii Komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza w Krakowie, który oświadczył się przychylnie za petycyją Wydziału lekarskiego. Motywa Wydziału lek. w swoim czasie podaliśmy, a uznał je w zupełności i Komitet administracyjny szpitala. W skutek tego Wydział krajowy przedłoży Sejmowi wniosek względem urządzenia oddziału chorób ocznych w szpitalu św. Łazarza o 14 łóżkach i umieszczenia w preliminarzu kwoty 6223 zł. a. na adaptacyję, pierwsze urządzenie i utrzymanie tego nowego oddziału szpitalnego. Jest więc uzasadnioną nadzieja, że niezadługo szpital krakowski uzyska nowy oddział, tak wielce pożądany a stanie się tym sposobem zadosyć potrzebie, od dawna powszechnie za naglącą uznanéj.

* Prof. Korczyński poniósł ciężką stratę. D. 14 b. m. umarł ojciec jego, pensyjonowany Radzca Sądu krajowego Wyższego w Krakowie, licząc lat 74, mąż powszechnie poważany dla cnót obywatelskich, a który wśród bardzo ciężkich warunków łożył wszystko na wychowanie dwóch synów swoich.

* Lat już kilka upłynęło od śmierci słynnego chemika sądowego berlińskiego prof. Sonnenscheina, a nad pamięcią jego ciągle wisi podejrzenie, że wynikiem rozbioru chemicznego, uskutecznionego na zlecenie Sądu, wprowadził w błąd władze sądowe i przyczynił się do skazania człowieka niewinnego. Od lat dziesięciu ciągle a ciągle z uporczywością dającą wiele do myślenia występuje z żałobą głos opinii publicznéj, że ofiara jego rozbioru pokutuje w więzieniu ciężkiém, bez nadziei wydostania się na wolność. Rozchodzi się o aptekarza z Poznańskiego, który d. 13 listopada 1876 r. skazany został przez trybunał przysięgłych na śmierć, a ułaskawiony na dożywotnie więzienie ciężkie za otrucie własnéj żony arszenikiem. Sonnenschein w zwłokach aptekarzowéj znalazł ślady arszeniku i wnosił, że umarła z otrucia a znawcy lekarscy zgodzili się na jego orzeczenie. Nadaremnie oskarżony zapewniał, że jest niewinny, i prosił, aby badanie chemiczne powtórzone zostało przez innych chemików. Skazany do dziś dnia odsiaduje karę. Obecnie takie nasuwały się wątpliwości pod względem istoty podmiotowéj i przedmiotowéj zbrodni, że prokurator polecił ekshumacyję ponowną zwłok. Ważności niezwykłéj przypadku dowodzi komisyja, wysłana umyślnie z Berlina, celem asystowania wydobyciu zwłok; wchodzą w jéj skład: proff. Koch i Liman, tajny radzca lekarski Wolff, chemicy prof. Bischof z Berlina i prof. Loewig z Wrocławia. Rozchodzić się będzie teraz o to, czy mumifikacyja zwłok jeszcze się utrzymuje i czy będzie można jeszcze wykazać w resztach ciała arszenik. Sądzimy, że jak okoliczność pierwsza w obec badań nowszych nie ma prawie żadnego znaczenia, tak wykazanie arszeniku powinno jeszcze być możebne pomimo upływu lat 10—11 od śmierci kobiety. Czy jednak wynik ekshumacyi i badania chemicznego będzie jeszcze dodatni, przesądzać nie można; w każdym razie atoli przypadek ten dowodzi, jak dalece należy być ostrożnym w orzekaniu o śmierci z otrucia, skoro coraz bardziéj wzmacnia się podejrzenie, że znakomity chemik sądowy w Berlinie mógł dopuścić się pomyłki w rozpoznaniu otrucia, które ze wszystkich najłatwiéj wykryć można. Jakże dopiero wystrzegać się należy zbyt wielkiéj stanowczości w orzekaniu o otruciach, których sprawdzenie z góry o wiele jest trudniejszém i wątpliwszém!

* **Wiedeń**. Rada miejska uchwaliła na posiedzeniu z d. 5 b. m. nazwać nowopowstałą ulicę „ulicą Hebry“.

* **Praga czeska**. Na pełném posiedzeniu kolegijum doktorów przyjęto jednogłośnie wniosek prof. Janowskiego, aby wystosować ponownie petycyję do obu Izb Rady państwa o zaprowadzenie Izb lekarskich.

* **Dorpat**. W przeszłym miesiącu prof. farmacyi Dragendorff obchodził uroczyście 25-letni jubileusz doktorski.

* **Londyn**. Przed kilku dniami umarła lady Wilson, wdowa po sławnym dermatologu Erazmie Wilsonie. Towarzy-

stwo chirurgiczne londyńskie dziedziczy po niéj cały majątek, wynoszący 2 milijony złot. austr.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Stan prof. Bandla pogorszył się, tak że chorego musiano umieścić w zakładzie Kahlbauma w Zgorzelicach. — **Bonn.** Docent prywatny psychijatryi Dr. Schuchardt powołany został jako dyrektor zakładu dla obłąkanych do Sachsenbergu w Szwerynie. — **Hala.** Radzca lekarski Dr. Köttnitz habilitował się jako docent prywatny. — **Marburg.** Dyrektor kliniki lek. prof. Mankopff mianowany został tajnym radzcą lekarskim. — **Würzburg.** Prof. Schönborn z Królewca przyjął zaproszenie Wydziału do objęcia katedry chirurgii. — **Utrecht.** Prof. Peckelharing i lektor Dr. Winkler wysłani zostali przez Rząd do Indyj wschodnich celem zbadania choroby Beri-Beri.

* **Nekrologija.** W Tonkinie umarł tameczny wielkorządzca francuski Paweł Bert. Do niego zastosować można słowa Pasteura, wyrażające ubolewanie, że polityka pożera najlepszych uczonych. Urodzony w Auxerre w r. 1830, otrzymał w r. 1863 dyplom doktora medycyny w Paryżu, w r. 1868 został asystentem Kl. Bernarda, a późniéj sam wykładał w Sorbonnie; w r. 1868 wyszły jego: *Leçons sur la physiologie comparée de la respiration.* Podczas wojny jako przyjaciel bliski Gambetty mianowany został prefektem departamentu du Nord, po wojnie zaś profesorem fizyjologii w Sorbonnie; wybrany jednak równocześnie deputowanym był tylko nominalnym profesorem. Zabiegom jego zawdzięczają powstanie swoje uniwersytety nowe w Lille i Lugdunie. Za rządów Gambetty był przez czas krótki ministrem oświecenia i wyznań, a równocześnie wybrany został członkiem Akademii francuskiéj. W r. 1878 ogłosił obszerne dzieło p. t. *La pression barométrique,* a w roku przeszłym mianowany został rezydentem w Tonkinie.

W Meranie umarł w 73 roku życia Dr. Löwe z Calbe, lekarz, znany jako prezydent parlamentu niemieckiego w r. 1848, a w Preszburgu mianowany niedawno jeneralnym lekarzem sztabowym Dr. Michaelis, licząc lat 61.

W Warszawie umarł d. 3 bm. Wacław Korybut-Daszkiewicz, Dr. med. Uniw. strasburskiego. Napisał on kilka rozpraw o odrodzeniu się nerwów (po niemiecku i po polsku) i o rozwinięciu się nerwów z komórek osocza u żab (po niemiecku).

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Heimana: O przedziurawieniu błony bębenkowéj; Wolberga: Tyfus wysypkowy u dzieci. — W *Medycynie* Nr. 46: Kosińskiego: Wycięcie nerki z powodu kamieni nerkowych. Przypadek drugi.

Redakcyja otrzymała.

Dr. WATRASZEWSKI w Warszawie: Über Behandlung d. Syphilis mit Inject. v. Calomel u. v. Quecksilberoxyden. (Odbitka z „W. med. Presse"). Wien 1886 in 8vo str. 10.

Elasticzeskija wolokna pri legocznoi czachotkie. Dissertacija J. Opackago. S. Petersburg 1886, in 8vo str. 83.

Dr. A. OBRZUT: Chronische gelbe Leberatrophie oder acute Cirrhose? (Odbitka z „Med. Jahrb."), Wien 1886, in 8vo str. 20.

Dr. J. SZPILMAN: Étude experimentelle sur l'incubation de la rage. (Odbitka z „Archives Slaves de Biologie"), Paris 1886, in 8vo str. 17.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego do l. 61978/86 rozpisuje się konkurs na jedną posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie z płacą roczną 500 złr.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, a przy zadowalającéj służbie, może być przedłużoną do lat czterech.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi szpitala, w których ma być wykazane:

a) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

b) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

c) Dowód uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic Państwa austryjackiego.

Z Dyrekcyi Szpitala krajowego powszechnego.

Lwów dnia 10 Listopada 1886. *Dr. Głowacki.*

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na miejsce powiatowo-gminnego lekarza w Konjicy (Hercogowina).

Lekarz powiatowo-gminny w Konjicy pobiera rocznie 1200 złr. płacy i 150 złr. dodatku na mieszkanie w ratach miesięcznych z góry.

Komisyje polityczne równie jak czynności sądowolekarskie do jakich powołany zostanie bywają oddzielnie według istniejących przepisów wynagradzane.

Lekarz powiatowo-gminny winien utrzymywać aptekę domową i leki z niéj według ustanowionéj taksy sprzedawać.

Za wizyty lekarskie liczy się w Konjicy: za dzienną 35 kr., za nocną 50 kr., w obwodzie powiatu: 3 złr. dziennie i koszta drogi.

Ubogich w Konjicy winien lekarz leczyć darmo.

Miasto Konjica liczy 1.520 mieszkańców i leży przy drodze z Serajewa do Mostaru w odległości 60 klm. od pierwszego a 80 klm. od drugiego. W obwodzie powiatu buduje się obecnie droga kolei żelaznéj z Mostaru do Serajewa.

Posadę lekarza powiatowo-gminnego otrzyma jedynie Doktor wszech nauk lekarskich.

Podania o tę posadę należy wnosić z załączeniem dyplomu, świadectwa co do moralnego i politycznego zachowania się, oraz zdrowia i innych dowodów najpóźniéj do 10 Grudnia rb. do urzędu powiatowego w Konjicy.

Nie wymaga się świadectwa z egzaminu fizykackiego.

Ubiegający się winni władać językiem niemieckim i jednym z języków sławiańskich.

Urząd powiatowy w Konjicy.

L. 304.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę prymaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli" w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 500 złr.

Podania wnoszone być mają do 15 Grudnia 1886 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny.

Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizorycznie, a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 12 Listopada 1886.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj pół tora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 listopada 1886. №. 48. Rok XXV.

I. Monoplegia anaesthetica. Wyleczenie.

Podał Prof. Dr. Adamkiewicz.

Dnia 3 kwietnia 1886 r. przyprowadziła mi pani M. B. z Częstochowy swą 19-letnią córkę Kazimirę, podając, że cierpi na porażenie czucia w prawém ramieniu.

Wywiady wykazały, że pacyjentka pochodzi z rodziny zupełnie zdrowéj, nieobciążonéj żadną chorobą nerwową. Matka, bracia i dwie siostry cieszą się zupełném zdrowiem. Niedawno zmarły ojciec miał cierpieć na gościec stawowy. Sama pacyjentka była dotychczas zupełnie zdrową.

We wrześniu 1885 r. nagle i bez wiadoméj przyczyny wystąpiły w ręce prawéj bóle i równocześnie obrzmienie najwyraźniejsze na stronie grzbietowéj ręki i palców, przyczém szczególnie w nocy stawała się ręka gorącą i okrywała się na dłoni potem. Bóle były szczególnie w nocy silne, tak że nie pozwalały choréj zasnąć i, jak matka zapewnia, miała pacyjentka trzy tygodnie bezsennie przepędzić, co znacznie podkopało jéj siły.

W czwartym tygodniu jéj choroby bóle zmniejszyły się a stan choréj polepszył się, jakkolwiek dużo jeszcze pozostawiał do życzenia, a bóle przy każdéj zmianie powietrza na nowo się pojawiały.

Pewnego dnia w październiku, gdy bóle były już znacznie mniejsze, spostrzegła chora na grzbiecie ręki prawéj w pobliżu stawu dosyć znaczny pęcherz, który późniéj zamienił się we wrzód, uderzająco małą skłonność do gojenia okazujący. To samo powtórzyło się jeszcze na palcach. Powoli zagadkowe te objawy wyjaśniły się. Pacyjentka władając całkiem swobodnie ręką zajmowała się pilnie w kuchni. Nareszcie spostrzegła, że zajęta przy ogniu lub prasując żelazkiem poparzyła się nie mając o tém żadnéj wiadomości. I teraz dopiero ku wielkiemu przerażeniu zauważono, że chora w całéj prawéj ręce nie posiadała czucia. Zasięgnięto więc pomocy lekarskiéj, lecz nadaremnie.

Stan obecny. Chora wzrostu dobrego, o zdrowéj cerze, inteligentnym wyrazie, spokojnie się zachowuje. Odpowiada na pytania jasno i opowiada swą chorobę krótko w zwięzłéj formie i bez przesady. Psychicznie znajduje się w równowadze. Smutek, który często okazuje, jest wyrazem obawy, iż cierpienie tak dawno bezskutecznie leczone, będzie może nieuleczném, i jako taki może być uważany jako zupełnie uzasadniony objaw normalnego życia umysłowego. Z wyjątkiem cierpienia ręki prawéj fizycznie jest zupełnie zdrową. W narządach wewnętrznych nie można było znaleźć nic nieprawidłowego. Ucisk na okolice jajników i wyrostków kolczystych kręgów był niebolesny. Czynności zmysłów nienaruszone, w szczególności nie można było wykazać ani amblyopii ani nadwerężenia zdolności rozeznawania barw, jak również żadnych zaburzeń czucia tak w skórze jak i w błonach śluzowych. Jeżeli jeszcze dodam, że odruchy ścięgniste były zupełnie prawidłowe, a mięśnie prawidłowo funkcyjonowały i na prąd elektryczny oddziaływały, to z koniecznością należy przypuścić, że choroba naszéj pacyjentki była tylko miejscową i że siedzibą jéj było prawe ramie.

Obmacywanie choréj odnogi nie wykazało nic nieprawidłowego, pnie nerwowe przy ucisku były niebolesne, a nawet znosiła chora łatwiéj ucisk po stronie choréj aniżeli zdrowéj. Najstaranniejsze obmacywanie splotu barkowego ponad i popod obojczykiem nic nie wykazało. Podobnież i skrzętne badanie kręgów szyjnych, nerwów karkowych, nerwu współczulnego i jego zwojów szyjnych, o ile naturalnie one dla palca były przystępnemi, pozostało bez skutku. Tętno na ręce choréj było równie silne i pełne jak na zdrowéj. Stawy i ruchy w nich były niebolesne. W mięśniach nie można było dostrzedz żadnych zmian w odżywieniu ani też w innerwacyi. Skóra na ręce choréj szczególnie na grzbiecie ręki i palców była wybitnie sina, chłodna i przedstawiała się lekko nabrzmiałą, w skutek czego palce były mniéj kształtne i delikatne aniżeli u ręki zdrowéj. Na grzbiecie

drugiéj falangi trzeciego palca znajdował się strup, który według podania pacyjentki od wielu tygodni miał się utrzymywać. Powyżéj stawu nadgarstkowego widoczną jeszcze była sina plama, która podobnie jak strup była pozostałością po dawniejszém oparzeniu. Najważniejsze jednak zboczenie, jakie chore ramie przedstawiało, tkwiło w sferze czucia skóry. Można się było skóry dotykać, uciskać ją, kłuć lub parzyć, cały jéj fałd szpilką przebić i pincetą szczypać, chora była na to zupełnie obojętną. Najsilniejszego prądu elektrycznego chora nie czuła, jedynie czuła go nieco w pasze i na palcach. Dokładniejsze badanie wykazało, że ten opisany wysoki stopień znieczulenia zajmował tak stronę zginaczy jak i mięśni wyprostnych ramienia i ręki. W kierunku barku dosięgało ono poza *spina scapulae* prawie aż do kręgosłupa, na piersiach zaś aż do obojczyka i *acromion*. Od tyłu kończyło się prawie w środku wolnego brzegu mięśnia kapturowego, od przodu zaś w kącie, gdzie się mięsień piersiowy do kości ramieniowéj i wklęsłéj części obojczyka przyczepia. Obszar ten odpowiada rozgałęzieniu nerwów czucia całego splotu barkowego. Na barku: *Nn. supraclaviculares*, na ramieniu: *n. axillaris, n. cutaneus medialis, n. perforans Gasseri, n. cutaneus medius, n. cutaneus palmaris (mediani), n. palmaris ulnaris, n. cutaneus posterior superior (radialis), n. cutaneus posterior inferior (radialis)*, na ręce: *n. medianus, n. ulnaris, n. radialis*. W obszarze znieczulenia były wszystkie rodzaje czucia w równym stopniu zniesione. W pasze i na końcach palców czuła chora ból wywołany silnym prądem elektrycznym, lecz w niskim tylko stopniu, a uczucie dotyku i temperatury było i tutaj zupełnie zniesione. Nawet mięśniom właściwe czucie, o położeniu i rodzaju działania odnogi dające pojęcie *(Muskelgefühl)*, było zniesione zupełnie. Zamknąwszy oczy chora pozbawioną była w zupełności możności używania choréj ręki, można jéj było nadać nawet bardzo skomplikowane i niewygodne położenie, a nic z tego nie doszło do świadomości choréj.

W przeciwieństwie do zupełnego bezwładu przy zamkniętych oczach, musiała uderzyć ta swoboda, z jaką posługiwała się chora ręką przy otwartych oczach. Pod kontrolą ócz mogła chora wykonywać nietylko ruchy niedelikatne i przytém rozwijać dostateczną siłę, ale i do takich ruchów skomplikowanych pokazała się teraz zdolną, które wymagają wyuczonéj i ściślejszéj techniki. Potrafiła szyć, haftować, pisać, i w ogóle od żadnych nie usuwała się zajęć, do których za czasów zdrowia była przyzwyczajoną.

Rozpoznanie. Anestezyja powstać może z dwóch głównych przyczyn. Albo 1) przestają działać obwodowe zakończenia nerwów czuciowych w skórze, przyjmujące czucie, lub nie funkcyjonują aparaty odczuwające drażnienie (ośrodki sensoryczne kory mózgowéj), albo 2) przyczyna nieczułości leży w drogach nerwowych łączących owe zakończenia z ośrodkami. W ostatnim przypadku może być przerwa w nerwach obwodowych lub w drogach rdzenia albo mózgu. W naszym przypadku pierwszą z tych dwóch przyczyn wykluczyć można było w zupełności.

Zakończenia nerwów czuciowych w omawianym przypadku nie mogły być siedzibą choroby, gdyż w razie, gdy dla długotrwałéj anastezyi, a taka miała miejsce w naszym przypadku, przyczyna leży w organach czuciowych obwodowych, organa te bywają całkiem razem z skórą zniszczone. O takiém zniszczeniu u naszéj choréj nie może być mowy. Jeżeli zaś organa te bez zniszczenia pozbawione są zdolności przyjmowania czucia, to znieczulenie takie zawsze, jak jego przyczyny (narkotyka, zimno, zaburzenia w krążeniu), bywają krótkotrwałe i przemijające. A u naszéj choréj anestezyja była długo trwającą.

Prędzéj można było myśleć o odrętwieniu ośrodków czuciowych w korze mózgowéj, t. j. o znieczuleniu t. zw. „histerycznem“. Za tém przypuszczeniem przemawiała ta okoliczność, że anestezyja nie ograniczała się do pewnego ściślejszego zakresu jednego lub drugiego nerwu, lecz rozciągała się na znaczniejszy obszar skóry, tracąc na pozór ściślejszy związek z anatomicznym przebiegiem nerwów. Okoliczność ta, że na końcach palców i pod pachą skóra zachowała nieco czucia i miejsca te jak wyspy wśród anestetycznego obszaru pozostały, musiała owo wrażenie nieścisłości z przebiegiem nerwów jeszcze powiększyć.

W zachowaniu się jednak choréj nie przemawiało zresztą nic za histeryją, i jak powyżéj wspomniano, ani zachowanie psychiczne, ani fizyczne nie dostarczyło podstawy uprawniającéj do przypuszczenia histeryi. Ekscentryczności w zachowaniu się, kurczów, bezczułości połowiczéj, amblyopii, bolesności jajników ani żadnych innych histerycznych objawów nie można było wykazać. A z drugiéj strony objawiła ta anestezyja własności wskazujące na organiczną podstawę cierpienia. Obrzęk, sinica, zwiększone wydzielanie potu, zaburzenia troficzne objawiające się zmniejszoną skłonnością skóry do regeneracyi, musiały przecież w każdym razie pochodzić z jakiéj materyjalnéj przyczyny.

Z drugiéj strony brakowało pewnych cech, po których poznaje się przyrodę funkcyjonalną anestezyi, przedewszystkiém swoistego zachowania się jéj przy zastosowaniu gorczycznika. Jak w dawniejszych pracach (Czynności obustronne i sinapiskopija. Przegląd Lek., 1880) wykazałem, można znane skutki lecznicze t. zw. metaloskopii daleko dokładniéj i pewniéj osiągnąć za pomocą gorczycy aniżeli za pomocą kruszców. Nazwałem działanie to „sinapiskopiją“. Zwykły przebieg po zastosowaniu gorczycznika jest taki, że po $^1/_2$ do 1 godziny miejsce zastosowania wśród obszaru anestetycznego staje się czułém, co po upływie pewnego czasu znowu znika.

W przypadkach znieczulenia polowiczego histerycznego powstaje w połowie zdrowéj w miejscu odpowiadającém działaniu gorczycznika znieczulenie t. zw. „transfert“. Następnie rozszerza się od obydwóch oznaczonych miejsc, z jednéj strony czucie, z drugiéj zaś znieczulenie tak, że wreszcie obie strony zamieniają swą rolę.

W naszym przypadku gorczycznik nie wywołał żadnego skutku. (Dok. n.)

II. Z kliniki chorób dzieci prof. Jakubowskiego.

Cieśń krtani w następstwie kiły.

Podał
Dr. Smolarski,
asystent kliniki.

Literatura zmian chorobowych krtani w przebiegu kiły dziedzicznéj lub nabytéj w wieku dziecięcym jest nader skąpą. Od czasu ogłoszenia cennéj pracy Gerhardta (Virchowa Archiw XXI, 1861), który mając drogę utorowaną przez Czermaka opracował klinicznie zmiany kiłowe krtani, znajdujemy wprawdzie w piśmiennictwie dość liczną kazuistykę tego działu umiejscowienia się kiły, przypadków atoli odno-

szących się do zmian kiłowych krtani w wieku dziecięcym ogłoszono zaledwie dwanaście. Zapewne i techniczne trudności przy wziernikowaniu gardła dzieci sprawiają, iż znacznéj ilości przypadków tego cierpienia nie rozpoznaje się należycie. A jednak nie są one zbyt rzadkiemi i koledzy praktykujący na prowincyi w miejscowościach, gdzie przeważa ludność żydowska, mogliby w tym kierunku dostarczyć dosyć cennego materyjału. Że chorobę tę napotykamy przeważnie między ludnością żydowską, pochodzi niezawodnie ztąd, iż kiła dziedziczna należy u niéj do dość częstych, choć niepożądanych, spadków, a przez oddawanie dzieci do karmienia mamkom, ze względów czyto materyjalnych czy zdrowotnych, bywa i kiła nabyta częstym u żydowskich dzieci gościem; bo téż policyja sanitarna kontrolująca stan zdrowia matek, szukających zarobku w karmieniu dzieci obcych, należy u nas nawet w wielkich miastach do dziedziny pobożnych życzeń.

W marcu b. r. poddano leczeniu w klinice chorób dzieci równocześnie niemal dwa przypadki cieśni krtani, wynikłéj z kiły dziedzicznéj.

1. H. K., córka kupca izraelity z Trzciany, lat 5. W pierwszych latach życia przebyła chora krzywicę, która pozostawiła w następstwie znaczne zniekształtnienie klatki piersiowéj. Obecne cierpienie trwa od ośmiu miesięcy a rozpoczęło się od lekkiéj chrypki bez żadnéj, jak twierdzą rodzice, przyczyny. Chrypka ta wzmagała się z małemi wahaniami zwolna ale nieustannie; głos stawał się coraz cichszym i mniéj wyraźnym a duszność wdechowa wzrastała w ostatnim miesiącu bardzo dla choréj dotkliwie. W ostatnich dniach przywieziono chorą za poradą lekarza domowego do Krakowa, w celu wykonania wskazanéj przez cieśń w krtani tracheotomii.

W dniu przyjęcia przedstawia chora, znacznie niedokrewna i o kośćcu krzywiczo zwyrodniałym, wielką duszność nadmierną pracą mięśni pomocniczych oddechowych, zaciąganiem się dołków nadobojczykowych zwłaszcza prawego z powodu zboczenia mostka ku stronie lewéj, tudzież nadmostkowego i sercowego; boki klatki piersiowéj zapadają się przy każdym wdechu, równocześnie rozdymają się skrzydła nosa a krtań flotuje z góry ku dołowi. Na błonach śluzowych lekka sinica. W jamie gardła drobne powierzchowne utraty na migdałkach, zresztą stosunki prawidłowe. W płatach dolnych płuc szmery oddechowe nieoznaczone, prawie niesłyszalne. Narząd krążenia normalny. Gruczoły karkowe, podszczękowe i pachwinowe znacznie powiększone, macalne, twardości chrząstkowatéj. Przewłoczny obrzęk wątroby i śledziony: pierwsza sięga na 2cm., druga na dwa palce poniżéj łuku żebrowego, brzegi obu gruczołów miernéj twardości, gładkie. C. 37·3°. Liczba oddechów 32. Badanie wziernikowe (doc. Dr. Pieniążek) wykazało: Przekrwienie i obrzmienie błony śluzowéj przedsionka i więzadeł. Na tylnéj ścianie tuż nad więzadłami guzek wielkości grochu szaro-różowawy, ostroograniczony. Ruchy więzadeł wdechowe utrudnione (*Condyloma elevatum laryngis subsqu. stenosi*).

Z wywiadów stwierdzono, iż ojciec choréj przebył przed ożenieniem się kiłę nabytą, że chora w połowie pierwszego roku życia cierpiała na kłykciny sączące około rzyci, osutkę plamistą skóry i obrzęk gruczołów wielkich wśródbrzusznych, z któregoto powodu poddano ją leczeniu przeciwkiłowemu.

Opierając się na rozpoznaniu kiłowego tła obecnego cierpienia choréj wstrzymano się na razie od tracheotomii, mimo że duszność wdechowa osiągnęła wysoki stopień. Chora o całkowitym bezgłosie nie jest w stanie usnąć, mimo bezsennego niemal przepędzenia sześciu ostatnich nocy, rzuca się niespokojnie na łóżku i oddecha z głośnym szmerem. Sinica błon śluzowych nie wzmaga się jednak, skóra pozostaje prawidłowo zabarwiona. L. o. 36.

Zastosowano natychmiast wcierania z szaruchy (po 2·0 *pro dosi*), nadto zapylanie wewnętrzne krtani kalomelem (0·5 *pro dosi*). W celu zapobieżenia ślinienia podano płukanie z chloranu potasu. Pierwsze wcierania zastosowano na szyję, następne zwykłym torem na pojedyncze części ciała. Kalomel wdmuchiwano do krtani za pomocą zwykłego balonikowego zapylacza. Po wyciągnięciu i przytrzymaniu ręcznikiem języka wprowadzano ostrożnie zakrzywioną rurkę z dawką kalomelu poza rąbek nagłośni i silném pociśnięciem balonika wdmuchiwano kalomel do krtani, w ten sposób stosowany lek dostaje się bezpośrednio w okolicę chorobowo zmienioną, a zakrztuszenie się choréj służy za dowód dostania się obcego ciała aż do krtani. Na trzeci już dzień po rozpoczęciu leczenia daje się spostrzedz znakomita poprawa. Zaciąganie się wdechowe dołków szyjnych i sercowego trwa wprawdzie z małą zmianą, ale liczba oddechów spada na 28 i chora, która dotychczas spędzała noce bezsenne, śpi obecnie z wieczora spokojnie po kilka godzin z rzędu. Dawkę wcierania zmniejszono do 1·0. Kalomel zasypuje się jak dotychczas. Mimo znacznéj ilości rtęci wprowadzonéj do organizmu choréj nie ma śladów ślinienia; stolce dopiero w siódmym dniu leczenia są częstsze (3—4 na dobę) i nieco zielonawe. Przy tém energicznem leczeniu przeciwkiłowém objawy duszności zmniejszają się jednostajnie, po 10ém wcieraniu widzimy bardzo małe zapadanie się wdechowe dołków szyjnych i klatki, po 12ém zaczyna wracać głos zrazu szepcący i szorstki, ale zwolna silniejszy i jawniejszy, tak że chora po 18ém wcieraniu mówi już dość głośno i dźwięcznie, duszność wdechowa ustąpiła również bez śladu. Wstrzymano zatém wcierania i ograniczono się do zapylania kalomelem. Po dalszych 8 dniach opuszcza chora klinikę jako uleczona.

Badanie wziernikowe choréj w dniu opuszczenia kliniki wykazało zupełne wessanie kłykciny wyniosłéj; ściana tylna krtani obecnie całkiem prawie gładka, również i obrzęk błony śluzowéj ustąpił. Lekkie tylko przekrwienie na więzadłach i tylnéj ścianie pozostało jako ślad przebytego cierpienia.

Równocześnie niemal, bo w 8 dni po przyjęciu do kliniki powyż opisanego przypadku, gdy wieść o szczęśliwym przebiegu leczenia z ominięciem operacyi doszła do okolicy, z któréj chora pochodzi, nadesłano ztamtąd rówieśnicę jéj z identycznemi niemal objawami.

2. J. K., izraelitka, lat 7, z Baranowa, choruje już od roku. Choroba jéj rozpoczęła się od chrypki, która z przerwami powracała a od 7 miesięcy wzrastała powoli ale nieustannie, idąc w parze z powolną utratą głosu. Od miesiąca bezgłos zupełny i duszność wdechowa wysokiego stopnia, z pojawami cieśni krtani powyż opisanemi.

Dziecko niedokrewne i bardzo źle odżywione, ogólny obrzęk gruczołów twardości chrząstkowatéj. W jamie gardła na obu migdałach i u nasady języka kłykciny sączące wielkości grosza. Obraz wziernikowy: Niedokrewność błony śluzowéj krtani; na tylnéj ścianie krtani kłykcina wyniosła, zajmująca dolnym swym odcinkiem okolicę przyczepienia więzadeł, w skutek tego znaczne upośledzenie ruchów tylnéj połowy więzadeł głosowych. Okoliczność ta pogarsza rokowanie, bo i w razie uniknięcia tracheotomii należy się obawiać w czasie gojenia się owéj kłykciny zrostu strun gło-

sowych w tylnéj ich części, a więc stałego zwężenia szpary oddechowéj. Zresztą narząd krążenia i trawienia prawidłowy.

Z wywiadów stwierdzono, że chora okazywała jako osesek objawy kiły dziedzicznéj, równie jak i drugie z jéj rodzeństwa, leczone obecnie na kiłę dziedziczną przez lekarza miejscowego.

Leczenie przeciwkiłowe w postaci wcierań przeprowadzono jak w poprzednim przypadku, z tą odmianą, że z powodu równoczesnych kłykcin sączących w gębie zamiast zapylania krtani kalomelem stósowano wziewania sublimatowe (począwszy od 0·01 do 0·03 *ad* ‰ czterykroć dziennie za pomocą przyrządu Siegla). Wynik leczenia był równie świetny jak w poprzednim przypadku. Już po 3ch dniach zaciąganie się wdechowe dołków szyjnych nadobojczykowych i praca mięśni pomocniczych zmniejszyła się znacznie. Po tygodniu kłykciny sączące w gębie oczyściły się i poczęły pokrywać zdrowym przybłonkiem. Po 13 dniach struny głosowe przedstawiały prawidłowe rozmiary, przepuszczając dostateczny słup powietrza do płuc. Głos słaby jeszsze i szorstki, ale wyraźnie słyszalny. Po wygojeniu się kłykcin w gębie w 12 dniu po rozpoczęciu leczenia zastąpiono wziewanie sublimatu zapylaniem krtani kalomelem. Wcierań zastosowano ogółem 18: sześć dwugramowych a dwanaście jednogramowych. Kalomel zasypywano przez dni dwadzieścia dwa, poczém chora powróciła do domu jako zupełnie uleczona.

Obraz duszności wdechowéj był w obu przypadkach tak groźny, że tracheotomiję uważano za nieunikniony w następstwie zabieg leczniczy, brak tylko wybitnéj, wzmagającéj się sinicy i rozpoznanie kiłowego tła choroby usprawiedliwiały odłożenie operacyi, w nadziei pomyślnego wyniku z energicznego leczenia przeciwkiłowego.

Obraz wziernikowy identyczny niemal w obu przypadkach (różnicę stanowił tylko wyższy stopień rozwoju kłykciny wyniosłéj w drugim przypadku) odpowiada mniéj lub więcéj opisom objawów kiły krtani u dzieci, pomieszczonym w literaturze. Najbardziéj zbliżonym co do umiejscowienia kłykcin jest może przypadek Gerhardta *(Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, II, 867), gdzie wrzodowato rozpadająca się kłykcina znajdowała się na fałdzie nalewkowo-nagłośniowym.

Występowanie kłykcin krtani jako objawu kiły dziedzicznéj, było do najnowszych czasów przedmiotem sporów i poważni autorowie jak Waldenburg, Isambert, Sommerbrodt zaprzeczali d. r. 1877 ich istnieniu; dziś w obec szczupłego nawet materyjału kazuistycznego, do którego dołączamy dwa powyż opisane przypadki, pojawienie się kłykcin jest faktem stwierdzonym. Przyznać należy, że nagabują one rzadziéj chorych dziedzicznie obciążonych kiłą, niż przewłoczny nieżyt krtani i tchawicy będący najlżejszą postacią kiłowego zajęcia krtani lub kilaki krtani, wywołujące przez rozpad swój głębokie owrzodzenia, obumarcia chrząstek krtani z pozostawieniem blizn ściągających a w ich następstwie stałe zwężenie szpary oddechowéj, bezgłos itd.

Rozpoznanie kiłowego tła cieśni krtani u dzieci napotyka w pewnych razach znaczne trudności, nie brak atoli ważnych rozpoznawczych wskazówek. Na pierwszém miejscu należy wymienić przebieg przewłoczny sprawy chorobowéj. Gdzie cieśń krtani powstaje po kilkomiesięczném trwaniu objawów chorobowego procesu więzadeł głosowych, objawiającego się zachrypnięciem głosu, stopniującém się aż do zupełnéj afonii, stale choć bardzo powoli wzmagającą się dusznością wdechową, zrazu tylko podczas snu a potém i podczas czuwania chorego, a z wszelką stanowczością gruźlicę krtani wykluczyć można, tam podejrzenie kiły jest usprawiedliwioném. Podejrzenie to doprowadzi nas do stanowczego rozpoznania, gdy wiarogodne wywiady wykażą kiłowe zakażenie bądź rodziców, bądź chorego dziecka bezpośrednio, a obraz wziernikowy odpowie zmianom zazwyczaj przez kiłę krtani wywoływanym. Ostatecznie pomyślny wynik leczenia przeciwkiłowego usprawiedliwi *a posteriori* rozpoznanie.

Cieśń krtani w następstwie kiły dziedzicznéj wystąpić może w każdym okresie życia dziecięcego (Frankl opisuje np. przypadek w *Wien. med. Wochenschrift*, 69, gdzie cieśni krtani w następstwie zapalenia ochrzęstny w skutek kiły dziedzicznéj uległo dziecię trzechmiesięczne), nagabuje jednak najczęściéj dzieci 5—10-letnie, jako wybuch kiły dziedzicznéj spóźnionéj. Będąto zatém podług zestawienia Fourniera dzieci o powstrzymanym ogólnym rozwoju, z guzami czołowemi mocno wystającemi (*square forehead)*, z pozostałym grzebieniem szwu czołowego, na kościach bocznych czaszki częste osteofity lub hyperostozy. Nos bywa u nich często perkaty, zapadnięty, na oczach plamy rogówkowe, synechije tęczówek i zaćmy, występuje u nich głuchota, nagle bez poprzedniego zapalenia przewodów usznych, środkowego ucha lub opon mózgowych. Zęby takich dzieci okazują znaną tryjadę Hutchinsona, podniebienie twarde bywa niekiedy przebite. Na skórze w okolicy nosa, warg i lędźwi napotykamy blizny płomieniste, jako ślad przebytych owrzodzeń. Szkielet prawie zawsze krzywiczo zwyrodniały, jądra zanikłe, nierówne, twarde. W organach wewnętrznych napotykamy u nich kilaki w wątrobie i płucach, zmiany w krtani, obrzęk gruczołów nieprowadzący do ropienia, niebolesny, obrzęk surowiczy stawów (*hydrops artic. Sigmund)*. Występuje u nich również zapalenie opon mózgowych, z przebiegiem podobnym do gruźliczego zapalenia opon, ale ustępujące szybko przy leczeniu przeciwkiłowém.

Jeżeli zatém u dziecka, przedstawiającego jeden z powyż opisanych objawów, wystąpi przewłoczny nieżyt krtani, z zachrypnięciem głosu, trwającém kilka tygodni i z wdechem przedłużonym, słyszalnym, ostrym, tam nawet w obec braku innych stanowczych objawów kiły dziedzicznéj lub nabytéj przeprowadzenie leczenia zmodyfikowanego przeciwkiłowego w postaci zapylań kalomelu do krtani daje, jak wykazało doświadczenie, bardzo pomyślne wyniki.

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Prof. Anrep: Uretan w zatruciach strychninem i innych środkach wywołujących drgawki.

Z doświadczeń Schmiedeberga okazało się, że uretan u wszystkich zwierząt wywołuje sen, przyczém oddechanie i czynność serca nie zmienia się, parcie krwi także się nie zmniejsza, odruchy nie słabną a działanie jego ogranicza się do mózgu. Na podstawie tych doświadczeń Coze pierwszy przekonał się, że w zatruciu strychninem wstrzyknięcie uretanu nie tylko broni od śmierci, lecz nie dopuszcza do kurczów.—Prof. Anrep, chcąc się przekonać o tych skutkach, najpierw zbadał działanie fizyjologiczne na zwierzętach i zauważył, że po wstrzyknięciu uretanu zwierzęta w pierwszym okresie zachowują się niecierpliwie, są w ciągłym ruchu, a oddech i czynność serca są przyspieszone. Pierwszy ten okres podniecenia krócéj stósownie do dawki trwa lub dłużéj i

przechodzi w drugi okres senności, w którym zwierzęta leżą nieruchome, odruchy są zmniejszone, oddech zwolniony, ciepłota opada i powoli zwierzęta zasypiają. Jeżeli dawka była bardzo duża, to drugi okres przechodzi powoli w trzeci, przyczém oddech jeszcze więcéj wolnieje, odruchy znikają, ciepłota nadzwyczaj opada, serce bije wolniéj, zwierzęta są nieprzytomne i w tym stanie następuje śmierć przez zaduszenie. Na tę własność uretanu obniżania znacznie ciepłoty prof. A. zwraca uwagę praktyków. Działanie to jest stałe, zaczyna się wkrótce po zaśnięciu, trwa 2—6 godzin i obniżenie ciepłoty wynosi od 1—4°C. Dawki śmiertelne obniżają ciepłotę jeszcze więcéj. Z doświadczeń zaś robionych z uretanem i środkami wywołującemi kurcze doszedł do następujących wyników: Jeżeli po dawce strychninu potrzebnéj u żaby do wywołania kurczów wstrzyknie się średnią dawkę uretanu, to po 16—30 minut nie otrzymuje się żadnych kurczów, choć się nawet żabę drażni. Po dwóch dniach żaba taka zupełnie jest zdrową. Dając jednak najmniejsze śmiertelne dawki strychninu a potém zastrzykując uretan nie otrzyma się kurczów, ale téż i nie można przez to obronić żaby od śmierci. Dając wpierw uretan a potém strychnin, nie otrzymuje się kurczów w tym przypadku, jeżeli dawka uretanu była dostateczną, aby upośledzić czynność rdzenia pacierzowego, przy mniejszych zaś dawkach uretanu wywołujących tylko sen powstają kurcze właściwe strychninowi, chociaż nieco późniéj. Za pomocą więc uretanu można uniknąć kurczów po strychninie, jednak ani od śmierci uchronić ani téż ją odwlec uretan nie jest w stanie i owszem przy skombinowaném działaniu tych środków śmierć jeszcze prędzéj następuje. Na psach i królikach robione doświadczenia prawie toż samo wykazały, z tą jednak różnicą, że dając psu lub królikowi małą śmiertelną dawkę strychninu możemy go ochronić i od kurczów i od śmierci, jeżeli podamy mu kilkakrotnie duże dawki uretanu [1]). Po wielkich zaś dawkach strychninu uretan tylko odwleka śmierć i nie dopuszcza do kurczów. Przy małych dawkach pikrotoksiny uretan chroni od kurczów, przy dużych jednak nie broni od śmierci. Przy dawkach nikotynu nie można zauważyć wpływu uretanu, bo działanie nikotynu występuje tak prędko, że uretan nie może podziałać. Po zatruciu jednak uretanem nikotyn nie wywołuje kurczów. Przy dawkach resorcyny wywołującéj znaczne kurcze uretan nie dopuszcza do kurczów. Wszystkie te doświadczenia dowodzą, że uretan może być ze skutkiem używany w zatruciach strychninem, pikrotoksyną i resorcyną, a zapewne i innemi truciznami wywołującemi kurcze. O wiele lepszy jest pod tym względem od wodnika chloralu, bo ten ostatni ma ujemne działanie na narząd krążenia i oddechania. To ma tylko złe uretan, że duże dawki psują trawienie i że można się do niego przyzwyczaić. Można jednak z dobrym skutkiem podawać go *per rectum*. Mniejsze dawki (3 grm.) nie wywierają uspokajającego działania przy znaczném rozdrażnieniu ośrodków nerwowych, lecz przeciwnie mogą tylko rozdrażniać.

Sądząc z doświadczeń robionych na psach dawki 8—12 grm. dla dorosłego człowieka nie są niebezpieczne i w zatruciach można tylko takie dawki stósować. *(St. Petersburg. med. Wochenschr.* Nr. 36 i 37). *Dr. J. Surzycki.*

[1]) Działanie to zależy prawdopodobnie od tego, że zwierzęta o stałéj ciepłocie krwi giną po zatruciu strychninem w okresie drgawek w skutek skurczów tonicznych przepony. Przyjęcie więc uretanu usuwając drgawki tém samém przynajmniéj przy pewnych dawkach usuwa przyczynę śmierci.

(β) **Acetophenon.** Według doświadczeń czynionych w klinice prof. Leubego w Würzburgu na 14 chorych acetophenon czyli hypnon jest dobrym środkiem usypiającym. Dawka 2—4 kropli wystarczała do wywołania parogodzinnego snu; szczególnie skutecznym okazał się ten środek u suchotników. Złych następstw ani żadnych przypadłości ubocznych nie obserwowano; w jednym tylko przypadku, gdzie chory użył 6 kropli powyższego środka, dostał po obudzeniu się z długiego snu lekkich wymiotów i bólu głowy. Hypnon działa stósownie do dawki i indywidualnych właściwości chorego w pół do 1½ godziny po zażyciu. (*D. Medicinal Ztg.*)

(β) **Sporysz przeciwko potom nocnym u suchotników.** Miguot w klinice Tennesona dochodził do bardzo pomyślnych rezultatów stosując w suchotach 1—2 gr. *Secal. cornuti* w postaci proszku, lub co jeszcze lepiéj 1,0 ergotynu podskórnie. Zwykle podawano środek chorym na ½ godziny przed oczekiwaném wystąpieniem potów, a raz zadany wystarczał na tydzień i dłużéj nawet. Mając w szpitalach paryskich z ogromnym materyjałem do czynienia, mógł M. środek powyższy wielokrotnie wypróbować i zapewnia, że go tylko w 1ym przypadku zawiódł. Żaden z zalecanych środków, ani atropin nawet, nie przedstawia tak pomyślnych rezultatów. Naturalna, że sporysz nie wpływa bynajmniéj na przebieg gruźlicy saméj, ale nie przestaje być mimo to cennym środkiem przeciw potom nocnym u suchotników. (*Allg. med. Central-Ztg.*)

Choroby wewnętrzne.

Z 59go Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich.

Runeberg: **O stosunku brózdogłowca szerokoczłonkiego** *(Botriocephalus latus)* **do niedokrewności złośliwéj.** R. spostrzegał w klinice uniwersyteckiéj w Helsingfors, że przyczyną niedokrewności złośliwéj, występującéj dosyć często w Finlandyi, bywał wymieniony pasorzyt, a po wydaleniu tegoż następowało wyleczenie. Od czasu zaprowadzenia leczenia przeciwpasorzytnego w przypadkach niedokrewności złośliwéj zaszedł na 19tu chorych tylko jeden przypadek śmierci a to u człowieka, którego przyjęto w stanie tak opłakanym, że na drugi dzień po przyjęciu do zakładu życie zakończył. Podobne doświadczenia czynione z tym samym skutkiem po za obrębem zakładu klinicznego skłaniają R. do przypuszczenia, że pasorzyty żyjące w jelitach, które dotąd uważano powszechnie za względnie niewinne, mogą dać powód do powstania bardzo doniosłych spraw chorobowych, a na poparcie tego twierdzenia przytacza, że Reyher poczynił podobne doświadczenia i wiadomość o nich podał niedawno w piśmie *Deutsches Archiv f. klin. Medicin.*

W dyskusyi nad tym przedmiotem zauważył Biermer, że na podstawie własnych spostrzeżeń musi sprzeciwić się przypuszczeniu, jakoby wszystkie przypadki niedokrewności złośliwéj należało odnieść do pasorzytów i że są liczne przypadki téj choroby o zmianach anatomicznych dokładnie określonych, których etyjologija jest dotąd zupełnie ciemną.

Biermer: **O dusznicy i ostrém porażeniu płuc.** Ostrém porażeniem płuc nazwał B. już dawniéj stan, który występuje w skutek napadu dusznicy i polega na przemijającém i czynnościowém powiększeniu się pęcherzyków płucnych. Stan ten jest charakterystycznym dla napadu dusznicowego, nie ma nic wspólnego z rozedmą płuc a przyczyną tłumaczącą dostatecznie powstanie porażenia płuc jest, zdaniem B., skurcz mięśni oskrzelowych, który już od dawna uważa za jedyną przyczynę napadów dusznicowych. W obszernym swym wywodzie wykazuje B., że zapatrywanie niniejsze

zyskuje coraz to więcéj podstaw w wynikach doświadczeń Riegla i Edingera, a uciekanie się do skurczu przepony jako przyczyny dusznicy nie ma wcale podstawy i nie tłumaczy objawów klinicznych tego cierpienia.

Cantani: **O trujących własnościach prątków cholery.** C. zadaje sobie pytanie: w czém leży niebezpieczeństwo cholery? i odpowiada, że zagęszczenie krwi nie wystarcza do wytłumaczenia nagłéj śmierci w przypadkach odznaczających się nagle występującym zapadem, tak że jest się zmuszonym do porównywania tych przypadków z otruciami. Truciznę działającą tutaj mogą stanowić ptomainy, wydzielina prątków Kochowych lub téż trujące własności samych prątków. Doświadczenia przedsiębrane na psach przemawiają najwięcéj za ostatniém przypuszczeniem. Czyste mianowicie hodowle prątków przecinkowych, ogrzane do 100°C. celem sterylizacyi, które więc zawierały tylko martwe prątki, wywoływały po wstrzyknięciu do jamy otrzewnowéj przypady cholery, podczas gdy nawet sterylizowane pożywki z żywemi prątkami nie zawsze sprawiały powstanie cholery. Ztąd wniosek, że nieżywe prątki działają trująco podobnie jak grzyby trujące, a im więcéj prątków powstaje w organizmie, tém większe zachodzi niebezpieczeństwo otrucia. Na téj podstawie podaje C. następujące wskazówki lecznicze: 1) Ograniczyć powstawanie prątków w przewodzie pokarmowym; 2) wspierać wydzielanie trucizny, która się już dostała do organizmu. Pierwszemu wskazaniu czynią zadość ciepłe enemy z roczczynu garbnika, a to na téj podstawie, że $^1/_2$ lub 1% roczczyny garbnika są przy ciepłocie 37°C. dostateczne do zniszczenia hodowli prątków. Przeciw zagęszczeniu krwi najskuteczniejszym środkiem jest *hypodermoklysa*, o skuteczności któréj przekonano się a w przypadkach z najcięższym przebiegiem, uzyskano nawet około 60% wyleczeń. Zresztą i wstrzykiwanie do jelita ciepłego roczczynu garbnika, pobudzając wydzielanie moczu, działało bardzo skutecznie i mogło zastąpić hypodermoklizę.

Glax: **O wpływie napojów na ciepłotę chorych gorączkujących.** G. zwraca uwagę, że dotąd nie uwzględniano należycie kwestyi w mowie będącéj, sam zaś podjąwszy w tym kierunku liczne badania przyszedł do przekonania, że podawanie wielkiéj ilości napojów, nawet zimnych, sprawia podniesienie ciepłoty ciała. Chorzy nie wydzielają natychmiast wielkiéj ilości wody, następuje zatrzymanie téj wody w organizmie przez czas trwania gorączki a wydzielanie rozpoczyna się dopiero z ustąpieniem stanu gorączkowego. Ciepłota ciała wzmaga się wraz z gromadzeniem się płynu w organizmie a ograniczając przyjmowanie napojów można poniekąd wpłynąć na ciepłotę ciała. G. tłumaczy sobie ten wpływ w ten sposób, że przypuszcza zwolnienie krążenia w naczyniach włosowatych pod wpływem przyjmowania większéj ilości płynu, w skutek czego cząstki krwi mogą przez czas dłuższy stykać się z cząstkami tkanin a więc i sprawa utleniania rozwija się na większy rozmiar, gdy rzecz ma się przeciwnie, jeżeli się ogranicza przyjmowanie płynu.

Frank: **O sposobach ratowania w przypadkach pozornéj śmierci.** Na podstawie własnych spostrzeżeń poleca F. w przypadkach pozornéj śmierci jako najprostszy i najskuteczniejszy sposób niesienia pomocy mechaniczne wstrząśnienie klatki piersiowéj, a mianowicie serca. W dyskusyi nad tym przedmiotem zauważa Meinert, że takie krótkie wstrząśnienia okolicy serca u noworodków asfiktycznych miały według jego doświadczenia skutek wręcz przeciwny, gdyż działały porażająco na serce. (*W. med. Blätter* Nr. 39, 40, 1886). Σ.

Higijena.

Weichselbaum: **Etyjologija cholery.** (Wykład na posiedzeniu kolegijum doktorskiego we Wiedniu).

W. rozpoczął od skreślenia zapatrywań na powstawanie cholery i omówił 1) zapatrywanie Cuninghama, liczące mało zwolenników, że cholera nie jest zaraźliwą, ale że powstaje w skutek wpływów tellurycznych i atmosferycznych; 2) zapatrywanie kontagionistów, że cholera jest chorobą zaraźliwą, przenosi się z osoby na osobę, że świeże wydzieliny zawierają jad skuteczny; 3) zapatrywanie lokalistów, że cholera przenosi się w skutek wzajemnych stosunków ludzi, nie z osoby jednak na osobę, lecz że zarazek musi po za ustrojem ludzkim w odpowiednich środkach niejako dojrzeć.

Pettenkofer uważa za pewne istnienie jadu dającego się zawlec, nieznanego rodzaju prątków, sądzi jednak, że do powstania epidemii potrzeba jeszcze czegoś więcéj, zawisłego od miejscowości, stosunków gruntu, jego przesiąknięcia wilgocią, dziurkowatości, zanieczyszczenia istotami organicznemi. Gdy Pettenkofer odpowiednio do swéj teoryi wody zaskórnéj przypuszcza tylko zakażenie przez wdechanie powietrza gruntowego, inni lokaliści uważają wodę lub pożywienie za możebne źródło zarażenia.

Lokalistyczną tę teoryję popierają spostrzeżenia w przebiegu epidemii cholery, że aczkolwiek epidemije szerzą się odpowiednio do stosunków między ludźmi, to mimo to niektóre miejscowości szczególnie bywają nagabywane, inne zaś ochraniane, a w miejscach, które uległy, dosięgają epidemije szczytu w pewnych tylko porach. Zapatrywanie, iż cholera samoistnie powstaje, jest już dawno zbite, równie jak zapatrywanie co do zarażenia przez samo powietrze gruntowe, jak to okazują dokładnie obserwowane epidemije na okrętach, które długie tygodnie na pełném były morzu. Zapadnięcia na cholerę w miejscach dawniéj uchronionych w skutek zarażenia przez bieliznę po cholerycznych wykluczają również wpływ powietrza gruntowego.

Po tych wstępnych uwagach omawia W. nowy okres, w który wstąpiła etyjologija cholery w skutek odkrycia prątka cholerycznego przez Kocha, gdyż przez to daną została podstawa doświadczeniom.

Koch znalazł prątek choleryczny w kiszkach cienkich, znalazł go tam gdzie choroba okazuje największe natężenie, mianowicie w najniższéj części *ileum* tém obficiéj im świeższe badał przypadki w przypadkach śmiertelnych znalazł prawie czyste hodowle, w tyfusie cholerycznym mniejszą liczbę prątków. — Gdy prątków tych nie ma w normalnéj treści jelit, to bliską była myśl etyjologicznego związku i została stwierdzoną doświadczeniem. Doświadczenia Kocha, wstrzykiwania czystych hodowli zwierzętom *per os et anum*, wypadły wprawdzie początkowo ujemnie, ale powiodły się późniéj Nicatiemu i innym, którzy do dwunastnicy wstrzykiwali czyste hodowle, skoro okazało się, że kwas solny soku żołądkowego jest dla prątków przecinkowych szkodliwym. Koch późniéj zobojętniał kwaśną treść żołądka u świnek morskich węglanem sodowym, zmniejszał ruchy wstrzykując makowiec do jamy brzusznéj i dopiero wprowadzał *per os* kilka kropli czystych hodowli. Objawy i wynik sekcyi odpowiadały cholerze u ludzi. Odpowiada też temu znany przypadek, że u lekarza uczęszczającego na kurs bakteryjologiczny w Berlinie, pojawiły się przypady cholery, — odnieść je wypada do przypadkowego dostania się prątków do ust.

Po użyciu wody zanieczyszczonéj odchodami cholerycznemi zapadło z 19 osób 5 w ciągu 36 godzin. Zakażenie

przez bieliznę po cholerycznych trzeba kłaść na równi z doświadczeniami robionemi z czystemi hodowlami, bo na wilgotném płótnie prątki szybko się mnożą.

Zarzuty podniesione przez Finklera i Priora przeciw nauce Kocha okazały się nieuzasadnionemi, prątek, który znaleźli ci badacze w *cholera nostras*, różnił się wielce mimo morfologicznego podobieństwa. Spiryle, które Lewis znalazł w śluzie nazębnym, a które podobne są do prątka cholerycznego, nie dały się hodować w sztucznéj pożywce, co niewątpliwie przemawia przeciw identyczności z prątkami Kocha.

I prątki Emmericha nie stoją z cholerą w żadnym związku przyczynowym, jak różne próby kontrolne okazują. Przeciwnie we wszystkich wcześnie badanych przypadkach cholery najrozmaitsi badacze w najrozmaitszych krajach wykrywali zawsze w odchodach prątki przecinkowe Kocha. Mowca rozwodzi się nad bijologiją i morfologiją prątka, który odosobniony ma kształt przecinka układając się jednak obok siebie tworzy często ozdobne śruby i spiryle, z którego-to powodu w najnowszych czasach niektórzy zaliczają go do spirylów.

Najlepiéj wegetuje między 30—40°C. Niżéj 17° źle się rozwija, chociaż Ermerghem jeszcze przy 8° obserwował słaby wzrost, Koch nawet przy wpływie ciepłoty — 10° przez godzinę znalazł go zupełnie zdolnym do życia. Półgodzinne ogrzanie do 60° a nagle do 80° wystarcza do zabicia go. Ciecze po jednorazowém zagotowaniu stają się płonnemi. Przez zasuszenie traci prątek zdolność do życia. — Mowca kładzie nacisk na praktyczne znaczenie tego, że prątek traci żywotność przez zasuszenie, bo przez to zakażenie przez powietrze, suchą bieliznę, listy, szmaty, zdaje się być wykluczoném. Ważném jest zachowanie się w obec niektórych istot odżywczych. Gdy na agarze nawet po 10 miesiącach zachowuje żywotność i w ogóle nie jest co do istot odżywczych wybrednym, w mleku nie sprawia zmian, nawet nie ścina go. Kwasy, np. kwaśne owoce, wino itd., równie jak solone mięso, ser, korzenie, działają nań niszcząco. W wodzie przekroplonéj znalazł go Nicati po 20 dniach żywotnym, gdy w gnijących wodach w styczności z saprofytami, prątkami gnilnemi, wkrótce traci żywotność.

Zarażenie nastaje u ludzi zawsze przez usta, bądź przez wodę, do któréj dostały się odbyciny chorych na cholerę, bądź téż gdy pielęgnujący jedzą powalanemi rękami a także i przez owady jest zarażenie możliwém. Mnożenie się prątków w jelitach jest nadzwyczaj szybkie, tu wytworzony jad wessany stósownie do ilości zrządza objawy takie, jakie znane są jako właściwe durowi cholerycznemu, okresowi asfyktycznemu cholery lub téż tylko miejscowe cierpienia.

Powstaniu cholery przeszkadza kwaśne oddziaływanie treści żołądka, żywotność przybłonka jelitowego, gdy stany dyspeptyczne, brak kwasu solnego w treści żołądka, opóźnienie ruchów jelitowych, jak również momenta osłabiające żywotność przybłonka, sprzyjają powstawaniu.

Jakże zachowuje się bijologija grzybka do miejscowego i czasowego usposobienia lokalistów? Wysokie ciepłoty sprzyjają zawsze mnożeniu się, a przeciwnie zasuszenie oraz niższe ciepłoty nie wstrzymują rozwoju. Obfite deszcze usuwają treść kanałów, w któréj się grzybek znajdować może, znaczny spadek w kanałach i nieprzepuszczalność gruntu przyczyniają się do rychłego usuwania wydzielin cholerycznych. Także i zanieczyszczenie wody może szkodzić ale tylko krótki czas, bo prątki w niéj nie długo zatrzymują żywotność. Samo się przez się rozumie, że czystość przy pielęgnowaniu chorych, przy utrzymaniu podług, bielizny przy przyrządzaniu potraw, ważnemi są dla szerzenia się epidemij. Tłumaczy to różnicę w szerzeniu się zarazy w krajach cywilizowanych i niecywilizowanych, w ciasnych źle budowanych dzielnicach dawnych, a w przewiewnych nowszych.

Choroba jest dziś równie złośliwą jak dawniéj, zmniejszyła się tylko liczba źródeł zakażenia. Co do usposobienia osobistego to mowca kładzie nacisk na sposób odżywiania się, czy używa się surowych czy gotowanych pokarmów, czy surowych owoców, co sprzyja powstawaniu cierpień przewodu pokarmowego.

Nie bez znaczenia téż jest miejsce pierwszego wystąpienia, np. w dobrze urządzonym szpitalu, w miejscowości z dobrą kanalizacyją lub téż na wsi, gdzie woda do picia i do użytku jest odchodami zanieczyszczona.

Możemy sobie, kończy mowca, rzeczy, które dawniéj oznaczano usposobieniem miejscowém i osobistém, tłumaczyć w naturalny sposób i zyskaliśmy pewną podstawę dla naszego działania. *Dr. Grabowski.*

Dr. Kreibohm: **Przyczynek do doświadczeń, czy pary sublimatu są dostatecznym środkiem dla odwietrzenia izb zakażonych.**

Odwietrzenie stancyj zajmowanych przez chorych zaraźliwych przedstawia największe trudności. Nie podobna bowiem w takich stancyjach wyrywać posadzki, aby je odwietrzyć, ziemię z pod niéj wydobywać, aby ją czystą zastąpić, tynk zdrapywać, aby ściany świeżo wytynkować a okna i drzwi wycierać szmatami zmaczanemi w płynach odwietrzających, aby je pozbawić przyrzutów. Dla tego też radzono w tym celu używać rozmaitych środków w stanie lotnym w przekonaniu, że te wnikną tak dokładnie we wszelkie szczeliny, że pod ich działaniem znikną wszelkie przyrzuty. Gdy atoli chlor, brom, kwas siarkawy zawodził oczekiwania, polecił Koenig używać w tym celu jednego z najdzielniejszych środków odwietrzających, mianowicie par sublimatu.

Stwierdzając doświadczenia Koeniga Kreibohm użył par sublimatu do zniszczenia rozmaitych chorobotwórczych grzybków, ustawionych w rozmaitéj wysokości w stancyi o 38·5 m. sz. pojemności.

Grzybki te ustawiał wolno, to znów nakrywał je wilgotną bibułą, wtykał je w otwory wywiercone w ścianie a następnie naklejone obiciem lub zaprawione wapnem podobnież i w otwory w posadzce.

Parował 60 grm. sublimatu, pozostawił przez 4 godziny przedmioty z grzybkami zakaźnemi wystawione na działanie par, następnie przewietrzał izbę przez kilka godzin a w końcu przez spalenie 100 grm. siarki wywiązany kwas siarkawy przez 3 godziny pozostawił w izbie téj zamknięty.

W stancyi znaleziono potem delikatny biały osad sublimatu, i to na powierzchni tylko wolnéj przedmiotów, niczém nieosłonionéj. Zatém w ścianie, w posadzce zamknięte grzybki zachowały w zupełności żywotność, a nawet dalsze doświadczenia wykazały, że w pościeli, w materacach, ubraniu, itp. sublimatowe pary wcale nie pozbawiały grzybków zdolności mnożenia się. (*Zeitschrift für Hygiene* T. I 2. Zeszyt 1886).

Dr. Buszek.

(β) **Zależność wąglika od czynników meteorologicznych**, mianowicie opadów atmosferycznych i ciepłoty była przedmiotem badań L. Friedericha pod kierownictwem prof. Dra Bollingera w Monachijum. Według zestawień z r. 1860—1883 okazuje się,

że jeżeli suma opadów w danym roku była mniejsza niż w poprzedzającym, kiedy więc po roku mokrym następował suchszy, a przytém ciepłota była dostatecznie wysoka, natychmiast zwiększała się ilość przypadków wąglika. Jeśli w obec wysokiéj temperatury ilość opadów była znaczna, jak to np. miało miejsce w r. 1867, natenczas nigdy pomor nie występował. Liczba zapadów regularnie wzrastała, ile razy suma opadów zaczynała się zmniejszać. Przy równie wysokiéj ciepłocie tém gwałtowniéj wąglik występował, im szybciéj opady się zmniejszały. Co do roznoszenia wąglika przez muchy i gzy, to według autora przypada *maximum* przypadków wtedy, kiedy ilość powyższych owadów już się zmniejszyła. W ogóle jawienie i szerzenie się wąglika jako choroby stadnéj zależy od: 1) właściwości gruntu, 2) obecności jadu wąglikowego w gruncie, 3) zmniejszenia się wilgoci gruntowéj, 4) pewnéj wysokości ciepłoty. Ponieważ mniejszy lub większy stopień wilgoci gruntu zależy od ilości opadów, wynika ztąd, że do pewnego stopnia można z obserwacyj meteorologicznych (wahań wilgoci gruntowéj, ciepłoty powietrza), przepowiedzieć zarazę wąglikową.

Z spostrzeżeń i zestawień autora wynika, że zmiany wilgoci gruntowéj odgrywają w wągliku tę samą rolę, co w durze i cholerze. W celu ochrony od zarazy należy wilgotne i podejrzane pastwiska drenować, unikać przytém zanieczyszczania ich i z tego powodu usuwać jak najrychléj padłe zwierzęta jakotéż ich odchody. *(D. Medicinal-Ztg.)*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 20 października 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 21. Gość Dr. Dębowski z Dorpatu.

1) Przewodniczący przedkłada liczne dzieła i broszury, nadesłane w czasie wakacyj do biblijoteki Tow.. z których rozprawę „o istocie cholery azyjatyckiéj i pospolitém leczeniu takowéj“ Dra Krassowskiego, byłego lekarza powiatu płockiego, Warszawa 1880 r. i „Tomasz Konstanty Świątecki, wynalazca niezawodnego lekarstwa na cholerę i jego przeciwnicy„ przez A. Dzwonkowskiego, Warszawa 1884 r. wręczono kol. Prusowi, aby złożył sprawozdanie z osnowy tych prac.

2) Odczytano pismo p. Żeleńskiego z Grodkowic, wystosowane do Tow. lek., który prowadząc rozległe gospodarstwo nabiałowe, oparte na racyjonalnych podstawach, pragnie produkt swój jak najszerzéj rozpowszechnić w Krakowie oddając tenże pod nadzór i kontrolę Tow. — Uchwalono całą tę sprawę odstąpić Komisyi przemysłowéj.

3) Kol. Bossowski wygłosił rzecz „o wynikach badania wydzielin pod względem bakteryjologicznym,“ którąto pracę podjął w klinice chirurgicznéj krakowskiéj, wykład zaś swój poparł okazami kultur przeniesionych na płyty gelatynowe. (Ogłoszono w Przegl. Lek).

W dyskusyi wziął udział kol. Dębowski.

4) Kol. Jaworski imieniem Komisyi przemysłowéj zdał następującą sprawę ze sporządzania wód gazowych sztucznych w tutejszéj fabryce pp. Rzący i Chmurskiego.

Z dniem każdym coraz więcéj wchodzą w użycie jako napój codzienny tak zwane wody burzące, bądźto sztuczne, bądź téż naturalne jako szczawy zagraniczne jako szczawa Gieshübel, Krohndorfer, Apollinaris i t. d. Szczaw tych nie można uważać za zupełnie odpowiadające wymaganiom zdrowotnym i lekarskim, bo téż one przecież w tym specyjalnym celu w przyrodzie się nie wytworzyły.

Szczawa np. Krohndorfska, a w przybliżeniu szczawa Giesshübelska zawiera w 1 L. między innemi,, według rozbioru prof. Gintla 4 mg. glinki, 8 mg. ciał organicznych, 8 mg. krzemionki, 1072 mg. soli wapniowców. Wszystkie te ciała przy dłuższém używaniu obojętnemi być nie mogą, wody te jednak znaczne kwoty z kraju wyprowadzają. Również i szczawa sztuczna, jaką jest woda sodowa, będąc wyrabianą przez nasycenie wody zwyczajnéj kw. węglowym nie odpowiada nawet warunkom hygijenicznym, tam gdzie woda już z natury swéj jest zanieczyszczona. Kraków, który tak długo czeka nadaremnie na wodociągi, pije dotąd wodę, która według rozbiorów prof. Olszewskiego zawiera w rynku głównym: 1276 mg., a w rynku kaźmierskim 2145 mg. ciał stałych, a w tych 647 mg. soli wapniowców; zaś 14 mg. ciał organicznych. Znaczną ilość soli wapniowych można będzie ocenić po dodania szczawianu wapniowego do wody krakowskiéj. (Demonstracyja).

Wody wodociągowe np. wiedeńska zawiera tych składników o wiele mniéj.

To téż Komisyja powzięła myśl, aby wyrabiać w kraju wodę, którąby wszystkim warunkom hygijenicznym i lekarskim zadość uczynić mogła. Biorąc za podstawę wodę przekroploną starała się Komisyja o ominięcie dla ustroju szkodliwych lub niepotrzebnych składników, a przez dodanie soli zamierzała poprawić smak i wprowadzić w ustrój pożyteczne składniki mineralne. Po kilkunastu próbach, które z uznania godną gotowością zakład pp Rzący i Chmurskiego podjął się według danych wskazówek przedsięwziąść, uznała Komisyja za stósowną tąk co do smaku jak i składu wodę zawierającą następujące składniki na 1 L. wody przekroplonéj kw. węglowym przesyconéj: $HNaCO_3$ 0·6gm., NaCl0·5gm., KCl0·1gm., HNa_2PO_3 0 1. gm. Tę wodę pod nazwą wody sodowéj hygijenicznéj poleca Komisyja jako napój zamiast wody zwyczajnéj źródlanéj, zamiast wody sodowéj, jakotéż zamiast sztucznych szczaw jak Giesshübel, Krohndorfer, Apolinaris.

Oprócz tego poleciła Komisyja wyrabiać dwie inne wody zawierające obok kw. węglowego, wolny kwas solny pod nazwą: woda sodowa kwaśna słabsza i mocniejsza składu następującego: w obydwu znajduje się w jednym litrze wody przekroplonéj kw. węglowym przesyconéj po 0·2 gm. NaCl i 0·3 gm. KCl a we wodzie silniejszéj 1 gm., w słabszéj 0·5 gm. *Ac. muriaticum dilutum officinale.* Wody te mają być szczególniéj użyte wtedy kiedy w żołądku brak kw. solnego jak w niedowładzie wydzielniczym żołądka i w chorobach gorączkowych, w których według doświadczeń śp. Wolframa również brak jest kw. solnego, następnie w czasach grożących epidemij aby mikroorganizmy chorobotwórcze mogące się dostać do żołądka kiedy w nim nie ma kw. solnego, jak to ma nawet miejsce w stanie prawidłowym naczczo, w ich rozwoju powstrzymać. Zresztą wody tu przedstawione mają te same wskazania lecznicze w zastósowaniu, jakie dotąd ma woda sodowa lub szczawa naturalna kwaśna. Mianowicie podniosę tu tę okoliczność, o któréj doświadczalnie się przekonałem na żołądkach ludzkich, że wody nasycone kw. węglowym pobudzają żołądek do silnego wydzielania kw. żołądkowego, a co najważniejsza do szybszego pochłaniania zadanych leków. Następnie według nowszych doświadczeń Anrepa na zwierzętach przedsiębranych, CO_2 pobudza jelita do szybszych ruchów robaczkowych, co spostrzegłem i u ludzi, że leki wypróżniające szybciéj działają, jeżeli bywają zapijane wodą burzącą.

Czystość i różnice przedstawionych wód w porównaniu z wodą sodową zwyczajną będzie można po następujących oznakach rozpoznać. (Demonsrtacyje).

a. Woda zupełnie jasna i bezbarwna, nawet po dłuższém staniu nie powinna się mącić.

b. Perłuje silnie i bańki gazowe chwytają się rzęsiście ścian naczynia, i dłuższy czas pozostają, jestto oznaka, że zawiera tylko kw. węglowy a nie powietrze, które sprawia dostawszy się do żołądka przypady dolegliwe.

c. Kawałek sody, włożony, lub szczawian amonowy wlany nie sprawiają ani śladu zmącenia.

Tego rodzaju wody zobowiązała się wyrabiać firma pp. Rzący i Chmurskiego i przyjęła następujące warunki.

1. Poddaje wyrób kontroli Towarzystwa lekarskiego i postępuje według wskazówek tegoż.

2. Wszystkie przyrządy i naczynia służące do wyrobu mają być czyszczone z największą skrupulatnością wodą przekroploną.

3. Woda ma być podawana w naczyniach zupełnie przeźroczystych wodojasnych. Woda kwaśna może być podawana i we flaszkach bezbarwnych, hygijeniczna zaś w syfonach.

4. Wodę przekroploną ma utrzymywać firma sama, a nie nabywać jéj z drugiéj ręki.

5. Cena tych wód ma się nie o wiele różnić od ceny zwyczajnéj wody sodowéj.

Nad tém sprawozdaniem toczyła się żywa wymiana zdań, poczém przyjęto przez głosowanie w zasadzie wyrób powyższych wód uznając je za dobre i swojemu celowi odpowiedne. Sprawę zaś co do sposobu rozpowszechnienia i kontrolowania wyrobu przez Towarzystwo odesłano celem bliższego zbadania do Komisyi przemysłowéj. *Dr. Dobruchowski.*

Sprawozdanie z walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 22 czerwca 1886.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Następnie kol. Kaczorowski odczytuje swój obszernie i wyczerpująco opracowany referat: o środkach przeciwgorączkowych i ich wskazaniu, z którego podnosimy najważniejsze ustępy.

Kwestyja stósowania środków przeciwgorączkowych była za inicyjatywą referenta już przed 4 laty na tém samém miejscu rozbieraną, i to bezpośrednio po pierwszym Kongresie niemieckim medycyny wewnętrznéj w Wiesbadenie odbytym, gdzie „metoda antipyretyczna“ postawioną była jako pierwszy i główny przedmiot porządku dziennego. Zebrani tam reprezentanci klinik i szpitali niemieckich, z Liebermeistrem na czele, upatrując w zbyt wysoko podniesionéj ciepłocie najgroźniejszy objaw chorób gorączkowych oświadczyli się wówczas jeszcze z wielkim entuzyjazmem za stósowaniem zimnych kąpieli celem obniżania ciepłoty, mianowicie w tyfusie jelitowym, który za pierwowzór chorób gorączkowych uważany być może. Jeden z lekarzy szpitalnych, Curschmann, ośmielił się wtedy nie wtórować temu jednozgodnemu zapałowi, twierdząc, że środkami dyjetetycznemi i przypadowemi równie pomyślne, jeśli nie pomyślniejsze, odnosił w leczeniu téj choroby skutki. Referent już wtedy, biorąc pochop z kilku smutnych doświadczeń, zebranych z zastósowania środków przeciwgorączkowych i to nie tylko zimnych kąpieli, ale także wielkich dawek chininu tudzież kwasu salicylowego, wystąpił przeciw zasadniczemu używaniu owych środków przeciwgorączkowych tak w tyfusach jak w ogóle w wszystkich ostrych chorobach zakaźnych, podnosząc, że samo nadmierne podwyższenie ciepłoty nie może być uważane za punkt ciężkości pod względem rokowania w tych chorobach, podając za przykład nieszkodliwe oddziaływanie bardzo wygórowanéj ciepłoty w tyfusie powrotnym i przytaczając przypadki tyfusu osutkowego, szczególniéj u dzieci i kobiet, gdzie ciepłota przeszło 41° przez cały ciąg choroby wynosząca chodziła w parze z mało co zaburzoném poczuciem podmiotowém chorych. Referent upatrując raczéj całą grozę chorób gorączkowych w upośledzeniu czynności ośrodków nerwowych, a głównie krążenia i oddechania, wywołaném nie tyle gorączką, co właściwym zakażającym jadem choroby, przyznawał wprawdzie bardzo dobroczynne działanie środkom ochładzającym, ale czysto fizycznéj natury, jak świeżemu zimnemu powietrzu, wreszcie letnim kąpielom, połączonym z zimnemi zlewaniami ciała, gdyż spełniają one zarazem zadanie podniecenia czynności serca, wywoływania silniejszych oddechów, rozbudzania zmysłów, ruchów samodzielnych, łaknienia, ale ostrzegał przed bezwzględnóm stósowaniem zimnych kąpieli, przykrych dla każdego chorego, niebezpiecznych dla zbyt wrażliwych chorych, niemniéj przed podawaniem wielkich dawek chininu i kwasu salicylowego w dalszych okresach choroby, gdzie czynność serca już znacznie upośledzona. Referent już wtenczas dał wyraz przypuszczeniu, ażali w podniesionéj ciepłocie ustroju nie należy upatrywać pod pewnym względem obronnego przeciwko najezdnikom chorobotwórczym odczynu, który miarkować można, ale którego nie godzi się tłumić środkami obosiecznemi (długotrwała zimna kąpiel tak samo bowiem ubezwładnia serce, jak wielkie dawki chininu i kwasu salicylowego jadami są sercowemi). W dwa lata późniéj ten sam Liebermeister na Kongresie lekarskim w Kopenhadze występując z metodą antipyretyczną spotkał już dość silną opozycyję, mianowicie ze strony francuskich klinicystów, a przyparty do muru przypadkami zapadu chorych traktowanych zimnemi kąpielami widział się zniewolonym do zakreślenia pewnych zastrzeżeń co do ich stosowania, po czwartym zaś Kongresie Wiesbadeńskim nawet ze strony Niemców jeszcze wyraźniejsza reakcyja odezwała się przeciw bezwzględnemu przeprowadzeniu metody antipyretycznéj.

Statystyka, opierająca się na grubych cyfrach tyfusów leczonych metodą przeciwgorączkową, również nie zdołała rozstrzygnąć kwestyi o jéj rzeczywistéj wyższości nad innemi metodami. Tak np. według Glaesera leczono w szpitalu hamburskim w latach od r. 1874—1877 chorych tyfusem jelitowym dotkniętych na jednym oddziale 868 kąpielami zimnemi, na drugim 937 bez kąpieli z równym prawie wynikiem, bo śmiertelność na obu oddziałach wynosiła 7,2%. Senator zestawił statystykę tyfusowych z r. 1875—1884 w szpitalach berlińskich leczonych:

Charité	na	2.815	chorych	wykazuje	16.4%
Friedriechshain	„	2.768	„	„	19,6%
Hedwigsspital	„	2.412	„	„	14,7%
Bethanien	„	2.229	„	„	13,5%
Elisabethspital	„	847	„	„	12.8%
Moabit	„	846	„	„	15,2%
Augustahospital	„	515	„	„	12.3%
Lazarusspital	„	513	„	„	14,0%
					śmiertelności.

W żadnym z wymienionych powyżéj szpitali nie przeprowadzono ścisłego leczenia kąpielami zimnemi, najwięcéj ich używano jeszcze w Bethanien. Z leków najwięcéj jeszcze używano chininu. W szpitalu Augusty ani razu nie przeprowadzono systematycznego leczenia przeciwgorączkowego, pomimo że ciepłota chorych całe tygodnie wynosiła 39—40°, a mimo to wynik śmiertelności okazał się tu najpomyślniejszem. Statystyka Vogla obejmująca wojskowych leczonych na tyfus w szpitalu monachijskim od roku 1841—1881 i to 8325 przypadków, z których 1486 śmiercią się zakończyło, wydaje się daleko więcéj pouczającą dzieląc metody lecznicze na 3 okresy: I. od roku 1841—1860 leczono 4096 chorych upustami krwi, lekami przeczyszczającemi, z resztą metodą wyczekującą i ścisłą dyjetą, z śmiertelnością 21%. II. od r. 1860—1868 leczono chorych 1388 metodą wyczekującą lub przeciwgorączkową z śmiertelnością 18,1%. III. od r. 1868—1882 leczono chorych 2841; *a*) częścią ścisłą metodą Branda, *b*) częścią złożoną z kąpieli zimnych i leków przeciwgorączkowych, śmiertelność ogólna 12,6%. Metoda *a*) wydała 2,7% śmiertelności, a 65% powikłań. Metoda *b*) wydała 7,6% śmiertelności, a 102% powikłań. Liechtenstern podaje z II oddziału szpitala monachijskiego śmiertelność przed używaniem zimnych kąpieli na 13,5%, po wprowadzeniu zaś zimnych kąpieli na 5,4%. Bartels i Jürgens ten sam stosunek śmiertelności do terapii na 15,4%, a 3,1%, Liebermeister i Hagenbach na 16%, a 8,8%, Pfeuffer na 13—20%, a 5,4%, Longuet z Algieru na 27%, a 2%.

Jakkolwiek liczby powyższe zdają się niezbicie przemawiać za zbawczém działaniem metody przeciwgorączkowéj, a mianowicie zimnych kąpiel, przy bliższém wszakże rozpatrzeniu rzeczy nie dowodzą one koniecznie, że obniżona śmiertelność tyfusu jelitowego jest wyłącznie wypływem stósowania środków przeciwgorączkowych. W ocenieniu bowiem przyczyn zmniejszonéj śmiertelności w rachubę wziąć trzeba najprzód: łagodniejszy charakter choroby czyli *genius epidemicus*, daléj warunki higijeniczno-dyjetetyczne, w jakich zostają obecnie chorzy leczeni po szpitalach publicznych, odwietrzanie tychże, skrupulatna czystość zachowana około chorych a przedewszystkiém lepsze odżywienie ich i ustawiczne podniecanie za pomocą wina, koniaku, kawy. Chorzy Vogla zostawali w ogrodzie ciągle pod wpływem świeżego powietrza, poniekąd blisko zera ochłodzonego, dostawali dziennie po butelce wina Bordeaux, a nadto zapominać nie należy, że bylito żołnierze, a zatém ludzie młodego wieku i silnego poprzednio zdrowia.

Metodę więc leczenia takiego należałoby raczéj nazwać skrzepiająco-pobudzającą, aniżeli przeciwgorączkową. Że zresztą bez stósowania środków przeciwgorączkowych osiągnąć można pomyślne wyniki, okazuje statystyka Ebsteina z Getyngi, który na 235 chorych miał 5% śmiertelności bez antipyryny, do czego niech mi będzie wolno dodać, że i w szpitalach pod kierownictwem mojém zostających od lat 15, w przeciągu których, zarzuciwszy kąpiele zimne, wystawiam chorych na świeże powietrze i pobudzającemi posilkuję się środkami, do których zaliczam w razie zapadu także kąpiele letnie połączone z zimnemi zlewaniami, odsetka śmiertelności tylko na korzyść się zmieniła.

Co do leków przeciwgorączkowych, do których zaliczają się *Chininum, Acid. salicylicum, Veratrinum, Acid. carbolicum, Kreosotum, Hydrochinon, Resorcinum, Kairinum, Thallinum,*

Antipyrinum, to wszystkie bez wyjątku w większych dawkach prócz obniżenia ciepłoty wywierają uboczne szkodliwe działanie na układ nerwowy, są bowiem jadami mięśnionerwowemi, mianowicie serce upośledzającemi, co u silnych dobrze odżywionych chorych mniéj wyraźnie dają się we znaki, u słabowitych, anemicznych zawsze wywołują upadek, mniéj lub więcéj długo trwający a poniekąd nagłą śmierć. Nawet antipyryn używający obecnie takiéj wziętości, nie jest wolny od tego zarzutu, jak się dostatecznie o têm przekonać mogłem u suchotników inteligentnych, mierzących swoją ciepłotę, a zeznających, że się słabszymi czuli w dniach bezgorączkowych po zażyciu antipyrynu, aniżeli w zwyczajnym stanie gorączkowym. Pomijając ujemne działanie tych leków na żołądek, osutki, jakie czasem, niewczesne poty, jakie zawsze wywołują, główna ich szkodliwość na têm polega, że ubezwładniając serce w razie ważniejszych powikłań, najgroźniejszy zazwyczaj objaw chorób tyfusowych stanowiących, pozbawiają ustrój dostatecznéj siły odpornéj do zwalczenia złego, a nadto przewlekają czas wyzdrowienia. Co do antipyrynu, którego wcale już nie używam, to dochodzą mnie wieści o kilku przypadkach nagłego śmiertelnego zapadu. W ostatnim czasie doświadczyłem znów smutnego zejścia z kwasu salicylowego w przypadku gośćca stawowego powikłanego z zapaleniem osierdzia i zajęciem mózgu u młodéj dziewczyny, leczonéj na wstępie, jak zwykle, kwasem salicylowym. Po zamianie tegoż leku na kamforę z kwasem będźwinowym sensorium zupełnie się rozbudziło, gdy jednak z powodu nieustępujących zjawisk zapalenia osierdzia powróciłem do jednogramowych co dwie godziny dawek kwasu salicylowego, i to jeszcze połączonych z kamforą, śpiączka na nowo wystąpiła i utrzymała się aż do śmierci. Pomimo więc swoistego działania kwasu salicylowego w gośćcu stawowym, bezpieczniéj będzie w podobnych ciężkich powikłaniach ze strony serca lub mózgowia, zrzec się lepiéj szybszego stłumienia choroby, aniżeli narażać serce na większy jeszcze upadek. Co do innych zaś chorób zakaźnych, a mianowicie co do tyfusu, zgoda prawie ogólna, że środki przeciwgorączkowe wcale nie wpływając na istotę i trwanie choroby, jedno tylko jéj zjawisko, t. j. podwyższoną ciepłotę na kilka godzin obniżają, po cóż więc narażać dla tak małego zysku życie chorego, choćby tylko na 1000 przypadków raz jeden zachodził wynik niefortunny, któryby na karb leku położyć wypadło.

Gorączka wprawdzie dla wielu chorych, szczególniéj nerwowych, jest rzeczą wcale niemiłą, dla otoczenia, gdy wywołuje majaczenie, bardzo niepokojącą, silnych i niewrażliwych chorych mało co obchodzi, wycieńcza co prawda wszystkich chorych skutkiem zwiększonego gorzenia tkanek (wydzielenia mocznika i kwasu węglowego) ale przypisywane jéj do niedawna zwyrodnienie tłuszczowe wielkich gruczołów, a mianowicie serca, nie mogło się w obec nowoczesnéj krytyki utrzymać. Przeciwnie, podnoszą się bardzo poważne głosy, przypisujące gorączce dobroczynne urządzenie natury (Cohnheim), palące zarodki chorobotwórcze, co stwierdzają nowoczesne badania bakteryjologiczne (np. co do spirochetów gorączki powrotnéj Obermaiera i laseczników wąglikowych Kocha). Wreszcie zaś na wniosek ten naprowadzać winien daleko krótszy przebieg zapalnych chorób połączonych z gorączką, jak np. w zapaleniu płuc, gruczołów limfatycznych, w gośćcu, aniżeli wolnych od gorączki.

Reasumując wszystko, co dotąd stwierdziły doświadczenia nad chorymi i badania patologiczne, podwyższona ciepłota sama przez się nie będąc rdzennêm i najgroźniejszém zjawiskiem choroby, nie wymaga *à tout prix* zwalczania jéj heroicznemi środkami, które się stać mogą obosiecznemi, a do których zaliczyć wypada zimne kąpiele i tak zwane leki przeciwgorączkowe.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w październiku r. 1886.

Tyfus brzuszny utrzymywał się w październiku w równéj mierze jak we wrześniu. W 21 gminach 13 powiatów leczono 463 osób (we wrześniu 431), z tych wyzdrowiało 296 czyli 63·9%, umarło 33 czyli 7·1%, pozostało w leczeniu 134 czyli 28·9% w dziesięciu gminach.

Natomiast rozszerzył się tyfus plamisty i tak: z końcem września pozostało tylko 14 chorych w 2 gminach, w październiku przybyło zaś 319 chorych; z 333 leczonych w dziewięciu gminach ośmiu powiatów wyzdrowiało 225 czyli 67·5%, umarło 32 czyli 9·6%, pozostało 76=22·8% w sześciu gminach. Najgroźniejszym był tyfus w powiecie rudeckim, gdzie w jednéj gminie niemal 9% ludności na tyfus plamisty zachorowało, a z pośród chorych 10% umarło; groźnie także wystąpił tyfus w dwu gminach powiatu rohatyńskiego, gdzie w obu gminach na 1470 głów zachorowało 142 osób, z tych umarło 12.

Szkarlatyna, jak to już we wrześniu przewidzieć było można, rozszerzyła się w październiku tak dalece, że liczba w tym miesiącu leczonych wyższą jest niż w którymkolwiek poprzednim miesiącu w r. 1886 i 1885. W 62 gminach 28 powiatów leczono 2086 chorych, z tych wyzdrowiało 1007 czyli 48·2%, umarło 396 czyli 19%, pozostało w leczeniu 683 czyli 32·7%. Najwięcéj była szkarlatyna rozszerzoną w powiecie tłumackim, gdzie w 5 gminach stwierdzono 334 chorych, z tych umarło 59, niemal 19%, najgroźniejszą zaś była w pow. trembowelskim, gdzie z 162 leczonych w 5 gminach umarło 39 dzieci, tj. 24%, również i w pow. zaleszczyckim z 167 chorych umarło 49 czyli 24%, a w pow. horodeńskim, borszczowskim i brodzkim śmiertelność była wyższą niż 20%.

Dyfteryja wystąpiła tylko w powiecie trembowelskim (obok groźnéj szkarlatyny) w 4 gminach epidemicznie, zresztą tu i owdzie sporadycznie. W ogóle leczono 281 chorych, z tych wyzdrowiało 126 albo 44·8%, umarło 79 czyli 28·1%, pozostało w leczeniu 76 chorych = 27·1%; w samym powiecie trembowelskim było 103 chorych, z tych umarło 33 osób.

Odra także znacznie się rozszerzyła. W 26 powiatach a w 59 gminach leczono 3701 chorych (we wrześniu 3701, w październiku 1885 tylko 1488); z tych wyzdrowiało 2285 czyli 61·7%, umarło 196 czyli 5·2%, pozostało w leczeniu 1220 czyli 33%. Najwięcéj była odra rozszerzoną w powiecie jaworowskim, gdzie np. w jednéj miejscowości śmiertelność = 17%.

Krztusiec tylko nieznacznie się rozszerzył. Z 1423 leczonych chorych wyzdrowiało 777 czyli 54%, umarło 57 = 4%, pozostało w leczeniu 42%.

Czerwonkę stwierdzono w 130 gminach u 3639 chorych, z tych wyzdrowiało 2790 czyli 76·6%, umarło 392 czyli 10·8%, pozostało 457 czyli 12·6%. Należy się spodziewać, iż z końcem listopada czerwonka zupełnie wygaśnie. Najwięcéj była czerwonka rozszerzoną w powiecie łańcuckim (w 18 gminach 546 chorych, śmiertelność 11%), daléj w powiecie rawskim (w 11 gminach 239 chorych, śmiertelność = 17·1%), najgroźniejsza zaś była w powiecie kosowskim, w którym w dziewięciu gminach zachorowało 164 osób, a z tych umarło 50, t. j. przeszło 30%.

Ospa tylko w powiecie sokalskim wystąpiła w czterech gminach, lecz zaraz wygasła, nadto stwierdzono ją w 4 gminach różnych powiatów. Z 78 chorych wyzdrowiało 34 = 45% szczepionych, 20 = 25·6% nieszczepionych, umarło 3 = 4% szczepionych, 13 = 16·6% nieszczepionych. Pozostało 8 chorych w dwu gminach.

Lwów d. 18 listopada 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·2. Z płonicy umarło 1 (3 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospianki, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 2 róży. W tygodniu od 31 października do 6 listopada umarło z ospy: w Warszawie 5, w Budapeszcie 83, w Wiedniu i Paryżu po 1, w Rzymie 5, w Wenecyi 2, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 5, w Paryżu 13, w Londynie 19, w Petersburgu 11. Z odry umarło: w Paryżu 12, w Londynie 27. Z płonicy umarło: w Warszawie 18, w Budapeszcie 15, w Petersburgu 14, w Londynie 25. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 14, w Berlinie 67, we Wrocławiu i Dreźnie po 10, w Hamburgu 25, w Lipsku 8, w Wiedniu i Budapeszcie po 15, w Pradze 14, w Paryżu 17, w Londynie 28, w Kopenhadze i Chrystyjanii po 10. Z krztuśca umarło: w Londynie 19.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 października do 6 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,5; w Brodach 38,1; we Lwowie

37,7; w Drohobyczu 43,9; w Kołomyi 46,5; w Przemyślu 35,3; w Stanisławowie 40,5; w Tarnopolu 32,8; w Czerniowcach 37,4; w Warszawie 31,7; w Poznaniu 29,7; w Wiedniu 24,8; w Salcburgu 19,5; w Gracu 28,9; w Tryjeście 32,6; w Insbruku 18,8; w Pradze 33,7; w Bernie 23,7; w Opawie 28,3; w Berlinie 22,7; we Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 25,8; w Dreźnie 20,7; w Hamburgu 33,0; w Kolonii 28,7; w Lipsku 17,1; w Mnichowie 25,6; w Strasburgu 20,9; w Amsterdamie 20,7; w Bazylei 22,1; w Brukseli 25,9; w Budapeszcie 47,3; w Chrystyjanii 17,5; w Genewie 19,5; w Kopenhadze 18,7; w Londynie 16,7; w Odesie 40,5; w Paryżu 22,1; w Petersburgu 23,3; w Pradze 26,9; w Rzymie 20,1; w Stokholmie 17,5; w Wenecyi 22,9; w Zurychu 17,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 listopada. Otrzymujemy następującą odezwę od Komisyi antropologicznéj Akademii Umiejętności.

Już kilkakrotnie przychodziło Komisyi antropologicznéj w Akademii Umiejętności odwołać się w poszukiwaniach swoich do uprzejméj pomocy szan. lekarzy w kraju. Nigdy téż nie zabrakło między nimi takich, którzy powodowani ważnością zadania Komisyi i miłością nauki, z pomocą tą chętnie pospieszyli. Komisyja przyjmując z wdzięcznością tę ich gotowość służenia sprawie naukowéj, nigdy téż nie omieszkala przy ogłoszeniu odpowiedniéj pracy, złożyć im publicznego uznania.

Jak przy badaniu kraju antropologiczném bez téj pomocy nigdy obejść się nie mogła, tak i na teraz widzi się zmuszoną odwołać się do niéj w następującém swojém przedsięwzięciu.

Po przeprowadzeniu badań antropometrycznych, a częściowo przynajmniéj dokonanych dotąd oznaczeniach stosunków trwałości życia, zamierza ona zbadać jednę z najważniejszych cech fizyjologicznych życia niewieściego, jakiemi są objawy i skutki ich życia płciowego; mianowicie zaś, kiedy się poczyna i kończy, jakie są jego owoce pod względem płci i liczby potomstwa, odnośnie do narodowości i stosunków społecznych w różnych okolicach kraju.

Ponieważ potrzebnych do tego spostrzeżeń oczekiwać nam należy tak od szan. kolegów lekarzy powiatowych i miejskich, jak i wolno praktykujących, przedewszystkiém zaś od mających powierzoną sobie opiekę w szpitalach, domach przytułku, a po części może i w więzieniach, do ich zatém uprzejmości odwołujemy się w téj mierze, w przekonaniu, że pomocy téj odmówić nam nie zechcą. Poczuwający się do téj uczynności, raczy zawiadomić nas o tém pod adresem Akademii Umiejętności w Krakowie, celem otrzymania bliższéj informacyi.

Przewodniczący w Komisyi. Sekretarz Komisyi.
Dr. Majer. *Prof. Dr. Kopernicki.*

* Kol. Dr. Leopold Glück, lekarz powiatowy w Trawniku w Bośnii, donosi nam, że w mieście tém opróżnioną jest posada lekarza miejskiego z płacą roczną 1000 złot. a., oprócz któréj lekarz liczyć może na dość znaczny dochód z praktyki prywatnéj i sądowéj. Po upływie roku można posadę tę zmienić na korzystniejszą lekarza powiatowego. Bliższych szczegółów udzieli w zakładzie medycyny sądowéj asystent Dr. Schaitter. Nadmienia się tylko jeszcze, że posadę można objąć natychmiast.

* Według rozporządzenia Namiestnictwa dolno-austryjackiego, wydanego do starostw, Ministerstwo spraw wewnętrznych zwróciło uwagę, że przedsięwzięcie narkozy przy operacyjach dentystycznych dozwolone jest tylko lekarzom. Jeżeli narkoza przy lekkich operacyjach uskutecznia się za pomocą tlenku dwuazotu, nie ma obowiązku wezwania drugiego lekarza, lekarz jednak, używający tlenku dwuazotu jest odpowiedzialny za stósowanie i czystość gazu. Wreszcie odpada na przyszłość obowiązkowe mięszanie tego gazu z tlenkiem śród przedsięwzięcia narkozy.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Redakcyja czasopisma *Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis* życzyłaby sobie w pomienionėm wydawnictwie pomieszczać sprawozdania ze wszystkich prac specyjalnych w języku polskim wychodzących, i w tym celu do mnie się zwróciła.

Za pośrednictwem więc szan. redakcyi Przeglądu Lekarskiego śmiem upraszać szan. kolegów, których prace z dziedziny chorób wenerycznych i skórnych nie są drukowane w czasopismach lekarskich polskich, aby publikacyje te raczyli nadsyłać pod adresem niżéj podpisanego Z poważaniem

Dr. med. Watraszewski,
lekarz naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie. ulica Książęca, Nr. 2 [1]).

* Otrzymaliśmy 7 tom wielkiego dzieła amerykańskiego p. t. *Index Catalogue of the library of the Surgeon Generals Office U. S. Army.* Washington, 1886, mieszczący w sobie wyrazy od Insignarés aż do Leghorn. Tom ten posiada te same zalety co poprzednie.

* **Wiedeń.** Prof. Arlt przychodzi zwolna do siebie.

* **Odznaczenia.** Dr. Geistlehner, lekarz policyjny we Lwowie, otrzymał tytuł Radzcy cesarskiego w uznaniu zasług w służbie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Teodor Jendl rodem ze Strzyżowa i Tytus Kicki z Tarnopola.

* **Nekrologija.** W Budapeszcie umarł Dr. Wilhelm Zlamal, emeryt. profesor weterynaryi i radzca sekcyjny w ministerstwie handlu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 47: Kosińskiego: Wycięcie nerki z powodu kamieni nerkowych. Przypadek drugi (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Szadka: Przypadek wypryskowego zapalenia skóry; Heimana: O przedziurawieniu błony bębenkowéj; Wolberga: Tyfus wysypkowy u dzieci. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

CYBULSKI i MIKULICZ: O fizyjologiczném zachowaniu się przełyku i mechanizmie połykania u człowieka. (Odbitka z XV. t. Rozpraw Akad. Um.) in 8vo str. 8.

Protokoły zasiedanii obszczestwa kiewskich wraczei za 1884—1885 god. Kiew 1886, in 8vo str. 69.

Dra PACANOWSKIEGO: Przyczynek do określenia opukowego granic żołądka. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj“ 1886) in 8vo str. 9.

Dr. St. Szcz. ZALESKI (w Dorpacie): Studien über die Leber I Eisengehalt der Leber. (Odbitka z Zeitschr. f. Physiol. Chemie Hoppe-Seylera) Strasburg 1886, in 8vo str. 50 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 1go grudnia o godzinie 6éj popoł. **w sali Medycyny sądowéj** posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych 1) kol. prof. Obaliński przedstawi chorych. 2) Kol. doc. Jaworski mówić będzie o związku klinicznym między przypadłościami podmiotowemi, jakotéż badaniem zewnętrzném żołądka z jednéj strony, a wynikami badania wewnętrznego z drugiéj strony na podstawie 222 przypadków sondowanych w klinice prof. Korczyńskiego. 3) Kol. Dr. Prus poda krótki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery.

Sprostowanie. Str. 581, szpalta druga, wiersz 16 z dołu zamiast: nawiedzonych przez *Staphylococcus aureus,* gdyż wydzielina...., winno być: nawiedzionych przez *Staphylococcus aureus,* gdzie wydzielina ... Str. 582, szpalta druga, wiersz pierwszy z góry zamiast: „mi, z których znaleziono pojedyncze kolonije drożdży, prątków i koków...., winno być: „mi. Obok nielicznych gromadek drożdży, znaleziono pojedyncze tylko kolonije prątków i koków.... Str. 582, szpalta druga, wiersz 23 z dołu, zamiast: nie poddając się, winno być: nie poddajemy się.

[1]) Powtórzono z powodu mylnie podanego podpisu.

Redaktor odpowiedzialny Prof. Dr. L. Blumenstok.

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego do l. 61978/86 rozpisuje się konkurs na jednę posadę asystenta lekarskiego przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie z płacą roczną 500 złr.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, a przy zadowalającéj służbie, może być przedłużoną do lat czterech.

Podania wnosić należy na ręce Dyrekcyi szpitala, w których ma być wykazane:

a) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

b) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

c) Dowód uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich na jednéj z wszechnic Państwa austryjackiego.

Z Dyrekcyi Szpitala krajowego powszechnego.

Lwów dnia 10 Listopada 1886. *Dr. Głowacki.*

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na miejsce powiatowo-gminnego lekarza w Konjicy (Hercogowina).

Lekarz powiatowo-gminny w Konjicy pobiera rocznie 1200 złr. płacy i 150 złr. dodatku na mieszkanie w ratach miesięcznych z góry.

Komisyje polityczne równie jak czynności sądowolekarskie do jakich powołany zostanie bywają oddzielnie według istniejących przepisów wynagradzane.

Lekarz powiatowo-gminny winien utrzymywać aptekę domową i leki z niéj według ustanowionéj taksy sprzedawać.

Za wizyty lekarskie liczy się w Konjicy: za dzienną 35 kr., za nocną 50 kr., w obwodzie powiatu: 3 złr. dziennie i koszta drogi.

Ubogich w Konjicy winien lekarz leczyć darmo.

Miasto Konjica liczy 1.520 mieszkańców i leży przy drodze z Serajewa do Mostaru w odległości 60 klm. od pierwszego a 80 klm. od drugiego. W obwodzie powiatu buduje się obecnie droga kolei żelaznéj z Mostaru do Serajewa.

Posadę lekarza powiatowo-gminnego otrzyma jedynie Doktor wszech nauk lekarskich.

Podania o tę posadę należy wnosić z załączeniem dyplomu, świadectwa co do moralnego i politycznego zachowania się, oraz zdrowia i innych dowodów najpóźniéj do 10 Grudnia rb. do urzędu powiatowego w Konjicy.

Nie wymaga się świadectwa z egzaminu fizykackiego.

Ubiegający się winni władać językiem niemieckim i jednym z języków sławiańskich.

Urząd powiatowy w Konjicy.

L. 304.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę prymaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli“ w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 500 złr.

Podania wnoszone być mają do 15 Grudnia 1886 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny.

Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizorycznie, a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 12 Listopada 1886.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 60 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 grudnia 1886. № 49. Rok XXV.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernéj jego kwaśności.

podali
Dr. W. Antoni Gluziński i Dr. W. Jaworski
Docenci Uniw. Jagiell.

Niezaprzeczenie w ostatnich czasach uczyniono znaczny postęp w rozpoznawaniu zmian chorobowych żołądka, gdy zamiast opierać się li tylko na przypadach podmiotowych, dzięki metodom użytym wglądnąć można bliżej w funkcyje tak chemiczne jak i mechaniczne żołądka.

Pracując nad tym przedmiotem od lat kilku podaliśmy wyniki swoich badań dotychczasowych tak w naszych czasopismach jak i zagranicznych. Obecnie chcemy bliżéj dotknąć jednéj tylko sprawy, co do któréj częściowe przynajmniéj prawo pierwszeństwa zastrzedz sobie musimy.

Do niedawnego czasu jako najczęstsze i jedyne prawie zboczenie w chemizmie żołądka uważano brak kw. solnego i pepsyny i jeszcze Leube *(Deut. Arch. f. klin. Med.* t. 33) podając swój sposób badania funkcyj żołądka wodą lodową twierdził, że sok żołądkowy w największéj liczbie przypadków chorób żołądka nie zawiera kwasu solnego i pepsyny *(„ist Säure und Pepsin frei“)*. Pierwszym, który zwrócił uwagę na nadmierne wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego, był Reichman z Warszawy, który w 1882 r. *(Gazeta Lekarska* Nr. 26 i *Berl. kl. Woch.* Nr. 40) ogłosił przypadek „chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego“ a w r. 1883 *(Gazeta Lekarska* 1883 Nr. 44 i *Berl. klin. Woch.* 1884 Nr. 2) drugi podobny przypadek. Lubo w ten sposób należy się przyznać Reichmanowi bezsprzecznie prawo pierwszeństwa pod względem stwierdzenia nieznanego dotąd szczegółu, że w żołądku czczym znajdować się może sok zawierający kwas solny, to jednak opisane dwa przypadki są tylko opisami kazuistycznemi, z których autor nie mógł jeszcze wysnuć ogólniejszego prawidła i odgadnąć znaczenia klinicznego nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, zamożnego w kwas solny. Autor ten ograniczył się bowiem tylko do przypuszczenia, że zboczenie to przydarza się dosyć często. Nasze zdanie w tym kierunku wypowiedzieliśmy już w r. 1884 (Przegląd Lek. Nr. 16, 17 i 18) omawiając metodę Leubego. Już wtedy przypuszczaliśmy na podstawie naszych przypadków, że w niektórych nie brak kwasu solnego, ale nadmierne jego wydzielanie jest przyczyną zboczeń chorobowych. Wśród dalszej pracy, a mianowicie wśród badań nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich, przypuszczenie nasze zamieniło się w pewnik i sprawę całą przedstawiliśmy już w czerwcu 1884 r. ne Zjeździe lekarzy polskich w Poznaniu (Dziennik IV Zjazdu lek. i przyrod. w Poznaniu i *Gaz. Lek.* 1874 Nr. 37 str. 712). Opierając się na dokladnéj obserwacyi i badaniu 10 przypadków, wypowiedzieliśmy zdanie, że nadmierna ilość HCl jest zboczeniem chorobowém, że przypadki o téj właściwości soku żołądkowego stanowią osobną grupę przypadków „z nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego“ i bliższe szczegóły naszego pod tym względem zapatrywania już wtedy podaliśmy. Uważaliśmy to jako pewnik, jako rzecz nierzadką, jeżeli wtedy na 33 dokładniéj badanych przypadków w 10ciu podobne znaleźliśmy zachowanie się soku żołądkowego.

Późniéj dopiero pojawiły się pojedyńcze kazuistyczne przypadki i tak Sahli ogłosił jeden przypadek *(Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte* 1885), Schütz jeden *(Prager med. Woch.* 1885), Velden *(Sammlung klin. Vorträge von Volkmann* Nr. 280) opisał trzy podobne przypadki, a Riegel *(Münch. med Woch.* 1885) dwa przypadki. Wszyscy ci autorowie opisując swoje poszczególne przypadki nie wspominają wcale o pracy naszéj, w któréj mieli już 10 podobnych przypadków podanych, i z któréj byliby się mogli przekonać, że nadmierne wydzielanie soku żołądkowego nie jest rzeczą tak rzadką. Zapewne nieznajomość języka polskiego, w którym prace nasze były ogłoszone, nie pozwoliła im z nich korzystać.

Wprawdzie w styczniu 1885 r. przesłaliśmy pracę naszą po niemiecku do *Zeitschr. f. klin. Med.*, tam jednak zbiegiem okoliczności wyleżała się przeszło 1½ roku, nim ujrzała światło dzienne w maju 1886 r. w t. XI w zeszycie 1 i 2 w towarzystwie pracy Riegla pt. „*Beiträge zur Lehre von den Störungen der Saftsecretion des Magens*“, w któréj do dwóch poprzednio ogłoszonych dodaje Riegel jeszcze dwa przypadki.—W pracy téj Riegla znajdujemy ustęp tak opiewający: „*Wenn auch viel seltener vorkommend als die acuten Formen, so sind doch die Fälle chronischer Hypersecretion des Magensaftes von grosser klinischer Bedeutung. Bis jetzt liegen nur 6 genauer beschriebene Fälle dieser Erkrankungsform vor, das sind die beiden Fälle Reichmanns und meine vier Fälle*“. W następnym zeszycie *Zeitschr. f. klin. Med.* (t. XI, zeszyt 2 i 3) w najnowszéj swéj pracy „*Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten*“ na str. 196 powtarza Riegel to samo zdanie, jakie wyżéj przytoczyliśmy. Zapewne ta ostatnia praca Riegla już przed wydrukowaniem naszéj pracy była złożona w tece redakcyjnéj. Czego jednak zupełnie nie pojmujemy, to pominięcie pracy naszéj przez p. Strickera, który w artykule swoim „*über Hypersection und Hyperaciditãt des Magensaftes*“ (*Münch. med. Woch.* 1886), opiera się również na 2 przypadkach Reichmanna, 4 przypadkach Riegla i swoich dwóch, a opuszcza nasze spostrzeżenia, ogłoszone w tém samém piśmie, w tym samym zeszycie, co przypadki Riegla, tylko o kilkanaście kartek daléj. Jak to rozumieć?

Mamy więc wszelką podstawę do zastrzeżenia dla siebie prawa pierwszeństwa dokładnego przedstawienia téj sprawy w szerszych rozmiarach, bo po dwóch przypadkach Reichmanna my pierwsi jeszcze w r. 1884 10 przypadków opisaliśmy. Nie to tylko skłania nas jednak do obecnego wystąpienia. Rozporządzając większym materyjałem własnym, aniżeli Riegel mógł zebrać z całéj literatury, chcemy tę sprawę z naszego punktu widzenia przedstawić.

Liczba naszych przypadków wraz z 12, które z ostatniéj naszéj pracy podaliśmy, wynosi obecnie 27. Opisywać każdy z osobna nie uważamy za właściwe. We wszystkich przypadkach w żołądkach na czczo będących znajdowaliśmy treść, która miała wszystkie własności soku żołądkowego, mimo, że chorzy od wieczerzy, a nieraz dłużéj, żadnych pokarmów nie przyjmowali, że z wyciągniętéj treści ani resztek pokarmów, ani produktów trawienia nie znajdowaliśmy, że nieraz szczególnie poprzednio przepłukiwaliśmy wieczorem żołądek. Jedném słowem w przypadkach tych stwierdziliśmy wydzielanie soku żołądkowego nawet wtedy, gdy od dłuższego czasu nie było w żołądku pokarmów, gdy więc trawienie było skończone. Badając daléj naszą metodą (białkiem), stwierdziliśmy w tych przypadkach z jednéj strony, że podczas samego aktu trawienia wydziela się również nadmierna ilość soku żołądkowego, względnie sok o wysokim stopniu kwasoty, pochodzącéj od HCl, z drugiéj, że trawienie niejednakowo odbywa się we wszystkich tych przypadkach, w skutek czego nie dają się one ustawić obok siebie, ale cała ta postać chorobowa musi mieć swoje podziały.

Na podstawie poprzednio 12 opisanych przypadków, odróżniliśmy 3 grupy, dalsze 15 przypadków podział ten jeszcze bardziéj usprawiedliwiły.

Grupy te są: *a*) zwykłe nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego; *b*) nadmierne wydzielanie soku żołądkowego połączone z niedomogą mechaniczną żołądka; *c*) kwaśny nieżyt żołądka.

Dwie cechy są wspólne wszystkim tym grupom, tj. obecność bardzo często soku żołądkowego na czczo, i wzmożony chemizm podczas aktu trawienia, odznaczający się wysoką kwaśnością wyciągniętéj treści, pochodzącą od HCl i obfitą ilością produktów trawienia. Natomiast przypadki te różnią się czasem ukończenia trawienia, i wejrzeniem wyciągniętéj treści.

Do grupy Iszéj zaliczyliśmy przypadki z prawidłowym mechanizmem, tj. u których kawałków spożytego białka nie znajdowaliśmy w wyciągniętéj treści już 5—6 kwadransach. Wyciągnięta treść była wodojasną, bez żadnych morfotycznych części. — Podobnie zachowywała się treść wyciągnięta w 7 godzin po zjedzeniu rosołu, beafsteka i chleba (sposób Leubego), okazując mimo ukończenia trawienia dość znaczny stopień kwaśności, pochodzący od HCl.

Grupa IIga obejmuje przypadki różniące się od poprzednich tylko upośledzeniem funkcyi mechanicznéj żołądka, gdzie kawałki białka pozostawały dłużéj np. 8 i więcéj kwadransów. Rosół, beafsteak i chleb trawiły zwykle w swoim czasie, pozostawiając tylko wysoką kwasotę (zob. nasz artykuł „*Untersuchungen über Leube's Beafsteaksmethode*“, *Zeit. f. klin. Med.* t. XI, zeszyt 2 i 3, str. 291). (Dok. n.)

II. Monoplegia anaesthetica. Wyleczenie.

Podał Prof. Dr. Adamkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Gdy wszystkie usiłowania ku usunięciu anestezyi przedsięwzięte były bez wpływu, poleciłem choréj stosować w domu gorczycznik przez dłuższy czas, do dwu godzin i uważać, czy i kiedy pod wpływem tego działania dłuższego skóra ręki czucie odzyska.

Chora, która się chciała z zadania tego jak najlepiéj wywiązać, nie zwróciła uwagi na czas i gdy zmęczona bezowocném czekaniem na skutek gorczycznika działanie jego przerwała, spostrzegła, że w zapomnieniu próbę swą przez całych pięć godzin przewlekła. Pomimo tak silnego drażnienia nie wystąpiła żadna reakcyja ze strony czucia. Następnego dnia były gruczoły karkowe silnie obrzmiałe i tkliwe, ręka zaś, jakkolwiek zaczerwieniona, obrzmiała i pęcherzami okryta, nie była ani bolesna, ani nawet śladu czucia nie okazywała, co bezsprzecznie na szczególniejszą zasługuje uwagę. Po kilku dniach wśród odpowiedniego leczenia znikło na ręce zapalenie, a dawny stan bezczułości trwał daléj. Musiałem zatém stosownie do mego dawniejszego doświadczenia wykluczyć zupełnie histeryczną anestezyję u mojéj choréj.

Można było teraz przypuścić, że jeżeli przyczyna znieczulenia nie leży ani w kończynach nerwowych, ani w ośrodkach sensorycznych, to siedziba choroby może będzie gdzieś na drodze pomiędzy oboma.

1. Czy więc nerwy obwodowe były nadwerężone?

Przy zupełnéj anestezyi całego ramienia trzebaby było przypuścić, że chyba wszystkie nerwy czuciowe splotu ramieniowego są chore.

Wiadomo, że nerwy czuciowe nie przebiegają tutaj osobno, lecz idą wspólnie z nerwami ruchowemi. Ponieważ zaś,

jak wiadomo, przyczyny pozbawiające nerwy obwodowe funkcyi, są natury materyjalnéj (zapalenie nerwów, uraz, guzy itd.), a te przy wspomnianym stosunku nerwów czuciowych do ruchowych musiałyby obok porażeń czucia także i porażenie ruchu sprowadzić, nie możemy zatém u naszéj choréj, nie okazującéj ani śladu porażenia ruchowego, szukać przyczyny anestezyi w nerwach obwodowych. Zresztą wykluczyć można każdy z tych etyjologicznych momentów, które zwykle porażenie nerwów obwodowych sprowadzają, nawet *neuritis*, gdyż chora nie cierpiała nigdy parestezyi, a w użyciu ręki, jak wspomniano, nie doznawała nigdy przeszkody.

2. Ale i w rdzeniu pacierzowym nie mogła tkwić przyczyna choroby. Anestezyje bowiem rdzeniowe są zwykle niezupełne (*Partielle Empfindungslähmung*), występują więc jako parezy czuciowe i odnoszą się tylko do jednego lub drugiego zmysłu czucia. Powtóre zajmują one zwykle obydwie połowy ciała razem. Zresztą gdyby tak wysoki stopień porażenia czucia, jaki istniał w naszym przypadku, miał mieć swoją przyczynę w rdzeniu, to trzebaby chyba przypuścić miejscowe zniszczenie rdzenia bardzo wysokiego stopnia. Że zaś coś podobnego u naszéj choréj miejsca nie miało, to po opisie stanu choréj powyżéj podanym nie wymaga dalszych dowodów.

3. Lecz najciekawszém w naszym przypadku jest to, że wykluczywszy wszystkie powyższe możliwości nie można czynić i ostatniego przypuszczenia, tj. uszkodzenia dróg mózgowych jako przyczyny anestezyi. Nie można bowiem było wykazać ani śladu objawów towarzyszących chorobom mózgowym, jak objawów hemiplegii i ogniskowych. Skoro zatém wszystkie przyczyny, jakie dotąd według zebranego doświadczenia za źródła anestezyi uważano, do tłumaczenia naszego przypadku nie wystarczają, to jasném jest, że muszą istnieć jeszcze zmiany patologiczne, które wywołując anestezyję, dotychczas uszły uwagi.

Zobaczmy, czy się nam ich wykryć nie uda.

Na podstawie powyższego opisu trzeba przedewszystkiém przypuścić, że anestezyja u naszéj choréj oparta była na zmianach natury materyjalnéj, t. j. organicznéj. Ponieważ pacyjentka nie okazywała porażeń ruchowych lecz tylko czysto czuciowe, a obok tego przedstawiała zaburzenia w krążeniu i zmiany troficzne niższego stopnia na chorém ramieniu, to musiała owa przypuszczona sprawa materyjalna czyli organiczna usadowić się na miejscu, gdzie nerwy czuciowe i „troficzne“ ręki prawéj wspólnie ze sobą i bez przymieszki nerwów ruchowych przebiegają. W rzeczywistości istnieje takie miejsce. Zajmuje ono część dróg przewodzących, i, co szczególna, jest jedyném, które dotychczas w nauce o anestezyi zupełnie pominięto. Jestto ta część drogi, która się poza częścią obwodową a przed centralną, w szczególności przed rdzeniem, znajduje i obejmuje korzenie tylne wspólnie ze zwojami międzykręgowemi. Przypuszczenie choroby w korzeniach tylnych splotu barkowego lub nawet tylko w ich zwojach międzykręgowych wystarcza w zupełności do wytłumaczenia opisanego tu przypadku. Zmiana bowiem téj części nietylko znosi funkcyje korzeni tylnych, t. j. przewodnictwo czucia w ramieniu, ale także musi wywołać zmiany troficzne. Te ostatnie zaś mogą z podwójnéj powstać przyczyny. Po pierwsze bowiem, jak uczą znane fakty (przecięcie nerwu troistego), może brak czucia ułatwić wystąpienie zaburzeń troficznych. Powtóre zaś tylne korzenie same, jak Stricker wykazal (*Sitzungsberichte der Wiener Akad.*, 1876, *Mediz. Jahrber.*, 1878—1885) posiadają włókna nerwowe wpływające na rozszerzenie naczyń, a tém samém na odżywienie tkanin. Wprawdzie wychodzi ogół nerwów naczynioruchowych, a więc i troficznych, z rdzenia przez korzenie przednie do nerwu współczulnego, a w szczególności dla odnóg górnych do *ganglion stellatum*, a ztąd do nerwów splotu barkowego, o chorobie jednak trzeciego sympatycznego zwoju szyjnego dla braku znaczniejszych zmian troficznych nie można było w naszym przypadku myśleć.

Leczenie. Jeżeli zatém rzeczywiście miałem u mojéj pacyjentki do czynienia z chorobą usadowioną w tylnych korzeniach splotu barkowego prawego, to nie można było ze względu na towarzyszące okoliczności, a w szczególności na dobry stan ogólny, o czémś inném myśleć, jak o jakiéjś sprawie miejscowéj charakteru dobrotliwego. Ze względu na ból, który w ramieniu w początku choroby wystąpił, a póżniéj zawsze przy zmianie powietrza się odzywał, mogłem przypuszczać naturę reumatyczną choroby i myśleć o lekkiéj *pachymeningitis cervico-brachialis*, wkradającéj się do korzeni tylnych i wywołującéj w pochewkach nerwowych wypocinę. Starałem się zatém prądem stałym na chorą część działać rozdzielająco (*Katalysis)*, wspomagając to działanie letniemi kąpielami i wewnętrzném podawaniem jodku potasu. Prąd zaś elektryczny stosowałem w krótkich posiedzeniach i to słaby (do 7M.A.) przykładając katodę na otwory międzykręgowe dolnych kręgów szyjnych i na część szyjną nerwu sympatycznego, anodę zaś na pnie nerwów splotu barkowego. Przy tém stosowałem lekkie galwaniczne wyładowania wzdłuż całego splotu barkowego, co, jak zauważyłem, daleko silniéj pobudzało nerwy czuciowe porażone, aniżeli dawniéj stosowane drażnienie kończyn nerwów czuciowych w skórze za pomocą prądu przerywanego. Leczenie to z cierpliwością stosowane doprowadziło wreszcie do pożądanego skutku.

Czucie wracało z początku tylko na krótko. Bezpośrednio po każdém elektryzowaniu pojawiało się czucie, które niestety po krótkiéj chwili znowu ulatywało. Powoli jednak zaczęła się restytucyja ta ustalać i można było stwierdzić, że wszystkie rodzaje czucia wracały równocześnie. W tym okresie leczenia wystąpiło zjawisko wzmianki godne, mianowicie że od czasu do czasu, a szczególnie podczas każdéj zmiany powietrza czucie na nowo stawało się tępszém. Z końcem czerwca, a więc blisko 3 miesiące od rozpoczęcia kuracyi, wahania te ustąpiły. Barwa i wejrzenie ramienia stawały się zupełnie zdrowe, a chorą uważać można było wkrótce potém za wyleczoną[1]). Do połowy sierpnia nie straciłem choréj z oczu uważając, że czucie się utrzymało. A w chwili pisania tego artykułu, to jest na początku listopada odbieram list od matki choréj, który stwierdza, iż stan pomyślny zdrowia w zupełności się zachowuje [2]).

Jeżeli można ze skutku dyjagnozą uzasadnionego leczenia wnosić o słuszności tejże, to mamy nowy argument, który nasze zapatrywania co do natury choroby silnie uzasadnia.

Równocześnie zyskujemy przez to nową podstawę do ocenienia tych anestezyj zagadkowych, o których istnieniu

[1]) Kol. Mikulicz widział chorą przed i po wyleczeniu.

[2]) Częstochowa dnia 4go listopada 1886.
„..... Córka moja jest tak samo zdrową, jak była przy wyjeździe z Krakowa. To tylko jest do nadmienienia, że palce u rąk przez dwa tygodnie obierały, z których wychodziło dosyć dużo materyi, lecz obecnie już się same zagoiły.....“

wiemy, których atoli dotychczas wytłumaczyć nie zdolano. Może wolno zaliczyć tu anestezyję na tle reumatycznem, kiłowém, intoksykacyjném itd. Pewność pod tym względem może dać naturalnie tylko dokładny rozbiór objawów klinicznych danego przypadku. Gdzie objawy kliniczne dadzą taki rezultat jak w naszym przypadku, tam wolno będzie przypuszczać ograniczone cierpienie korzeni tylnych. Z uwagi, że nie sam proces, lecz narząd nim zajęty stanowi o objawach klinicznych, byłoby może wskazaném wszystkie sprawy tyczące się w mowie będącego aparatu korzeniowego a wywołujące zawsze te same objawy nazwać monoplegiją czucia (*Monoplegia anaesthetica*). Jako osobne formy możnaby wtedy odróżniać monoplegiję czucia reumatyczną, kiłową, intoksykacyjną itd.

Przypadek opisany jest ciekawy nietylko pod względem klinicznym ale i fizyjologicznym.

Poucza on, że swoista funkcyja aparatów motorycznych obwodowych nie jest wcale zależną od funkcyi nerwów czuciowych, że zniesienie funkcyi czucia nie upośledza w niczém działalności mięśni. Dużo pod tym względem istnieje błędnych zapatrywań w patologii. Tak między innemi chciano (Leyden) zaburzenia w koordynacyi w uwiądzie, dla których zresztą inne już dałem tłumaczenie[1]), odnieść do zaburzeń w zakresie czucia w uwiądzie rdzenia często spostrzeganych.

Jak nasz przypadek wykazuje, czucie dla czynności mięśni ma tylko znaczenie czysto psychiczne. Ono uwiadamia ośrodki psycho-motoryczne o przyrodzie działania i położenia aparatu mięśniowego i jak każda funkcyja zmysłowa działa na wyobrażenie (*Muskel- und Innervationsgefühl*) (*Bewihungs-Vorstellung*). Za pośrednictwem pamięci ustala się to wyobrażenie w duszy, działa w razie potrzeby na wolą, a za pomocą téjże znów na muskulaturę (*Willensimpuls*).

[1]) Czynność mięśni uważana jako wynik podwójnéj antagonistycznéj inerwacyi, a ataksyja i spasmus jako rezultat patologicznego zniesienia tegoż. (Rozpr. Akad. Umiej., 1881).

III. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego.

Rzadki przypadek hernio-laparotomii wraz z enterorafiją.

Skreślił
Dr. J. Mężyk,
sekundaryjusz tegoż oddziału.

W czasie kilkutygodniowéj nieobecności prof. Obalińskiego, zastępując miejsce tegoż w szpitalu św. Łazarza jako prymaryjusza oddziału chirurgicznego, miałem sposobność postrzegania i operowania chorego z uwięźniętą przepukliną, która z powodu niezwykłych powikłań, a mimoto szczęśliwego przebiegu, zasługuje na podanie do publicznéj wiadomości.

Mężczyzna, lat 56, ślusarz ze Świątnik, nabawił się według podania już przed 10 laty przepukliny, którą jednak w każdym czasie mógł odprowadzić, gdyż mimo nieużywania paska, nie dochodziła ona większych nad pięść rozmiarów. Chory opowiada, że w dniu przyjęcia do szpitala wsunęła mu się większa ilość jelit do worka mosznowego, że ich już odprowadzić nie potrafił i że zaraz potém uczuł ból, rznięcie w worku mosznowym i w jamie brzusznéj, następnie odbijania i nudności.

W chwili przyjęcia do szpitala, t. j. 9 września wieczór b. r., przedstawiał chory stan następujący: Odżywienie nędzne, skóra blado ziemista, tkanka tłuszczowa podskórna prawie całkiem zanikła. Po prawéj stronie moszna rozdęte dochodzą do wielkości główki starszego dziecka, skóra na nich napięta, zresztą prawidłowa. Wypuk bębenkowy, obrzęk komunikujący z jamą brzuszną. Po zbadaniu nie ulegało zatém wątpliwości, że mamy do czynienia z przepukliną uwięźniętą.

Zaraz tego samego wieczora starałem się za pomocą rękoczynu sposobem bezkrwawym odprowadzić uwięźniętą przepuklinę najprzód bez uśpienia, a potém w narkozie. Gdy jednak usiłowania w ten sposób podjęte do celu nie doprowadziły, trzymając się zasady, że im wcześniéj się w takich razach operuje, tém lepiéj, przystąpiłem zaraz przy oświetleniu sztuczném do odprowadzenia za pomocą operacyi krwawéj.

Otworzywszy worek przepuklinowy i badając go znalazłem w nim obok jelit cienkich i pętlę jelita grubego, a przy bliższém zbadaniu znalazłszy wyrostek robaczkowy, przekonałem się, że to jest kiszka ślepa, gazem i kałem rozdęta. Jelita wypadnięte okazywały stan dobry, tu i owdzie tylko w miejscu większego ucisku niewielkie wybroczyny pod błoną surowiczą; worek przepuklinowy zawierał sporą ilość cieczy surowiczéj, przeźroczystéj. Brama przepuklinowa względnie nie była zbyt ciasną, palec dał się dość łatwo obok pętli jelit przeprowadzić, odprowadzenie jednak jelit w tym stanie z powodu rozdęcia tychże nie dało się uskutecznić. Naciąłem przeto herniotomem bramę przepuklinową a następnie wprowadziwszy dwa palce wskazujące, starałem się odprowadzić najprzód pętlę jelita cienkiego, z zamiarem następnego odprowadzenia kątnicy, gdy w tém podczas téj manipulacyi pętla jelita cienkiego na zewnątrz się znajdująca podtrzymywana przez kolegę asystującego pęka w mniejszéj nieco połowie obwodu poprzecznie, a treść jelita zalewa pole operacyjne i przyległe pętle jelit. W téj chwili jednak usunąłem pęknięte jelito na bok i zabezpieczając resztę jelit wypuściłem treść z nich, ile się wypuścić dało, a następnie oczyściwszy ranę i pole operacyjne sublimatem 0·5‰, jelita zaś dokładnie 3% kwasem borowym ciepłym, zespoiłem pęknięte jelito szwem podwójnym, jedwabnym, a mianowicie błonę śluzową i mięsną szwem węzełkowym a błonę surowiczą szwem okrężającym, kuśnierskim na sposób Lemberta. Teraz rozszerzyłem cięcie w górę do 6cm. poza wiąz Pouparta i odprowadziłem kątnicę, aby na samym końcu odprowadzić jelito cienkie zespojone. Ranę brzuszną zespoiłem również szwem podwójnym, t. j. osobno otrzewnę szwem kuśnierskim z katgutu a skórę szwem kuśnierskim z jedwabiu. Bramę przepuklinową ściągnąłem szwem kapciuszkowym, worek mosznowy wydrenowałem, poczém ranę oczyściwszy i przestrzykawszy, opatrzyłem antiseptycznie. Aby porazić ruch robaczkowy jelit poleciłem choremu zaraz po operacyi i przez następne dwa dni nalewkę opijową, przytém ścisłą dyjetę. W pierwszym dniu po operacyi chory czuje się dobrze, ciepłota 37·7° Cels. i 38°. W drugim dniu ciepłota 38·5, 37·8, stan ogólny dobry, opatrunek surowiczo przesiąkły zmieniono. Odtąd ciepłota powraca do stanu normalnego, i więcéj się nie podnosi. Z końcem trzeciéj doby po usunięciu opijum, wystąpił stolec dobrowolnie. Opatrunek zmieniano według potrzeby, a ta okazywała się często, bo co dzień, gdyż chory był dość niecierpliwy, rujnował opatrunek i przemaczał go moczem; mimoto rana goiła się bez ropienia i chory w 18 dniu leczenia zdrów do domu o dwie mile odległego piechotą powrócił.

Powikłanie, na jakie w niniejszym przypadku natrafiłem, zasługuje na szczególniejszą uwagę. Przedewszystkiém uderza to, że jelito zdrowe przy repozycyi pękło, przemawia to przeciw metodzie Schedego, który radzi w świeżych przypadkach przy odprowadzeniu bezkrwawém znacznéj używać siły. To samo mogłoby się wydarzyć podczas odprowadzania bezkrwawego, a natenczas ratunek chorego byłby co najmniéj wątpliwym, jeżeli nie niemożebnym. Przypadek ten poucza nas daléj, że w takich razach, gdzie, jak tutaj, z powodu wypadnięcia kątnicy, naprzód można trudności w odprowadzeniu jelit przewidywać, należałoby raczéj odrazu wykonać herniolaparotomiję, niż ograniczać się do nacięcia bramy przepuklinowéj a przy odprowadzaniu narazić jelito na pęknięcie. Że w obecnym przypadku nie przyszło do zabójczego septycznego zapalenia otrzewny, pomimo zalania kałem pola operacyjnego, świadczy tylko o dzielności metody antiseptycznéj, używanéj w naszym oddziale.

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Dla wielkiéj ważności sprawy Wydział Lekarski zastanawiał się nad nią szczegółowo na kilku posiedzeniach i ostatecznie zgodził się na następującéj treści

Orzeczenie:

Uznawszy za potrzebne udzielenie odpowiedzi w kolei odmiennéj od porządku, w którym Wys. Sąd krajowy wystósował swe pytania, Wydział Lekarski w każdym ustępie oznacza cyfrą pytanie, do którego ustęp się odnosi, i tym sposobem uwzględnia wszystkie pytania Wys. Sądu.

I. (Pytanie 14).

Wydział Lekarski nie wyklucza możności, że zwłoki Franciszki Mnichówny leżały przez jakiś czas w miejscu ochraniającém je od wpływu powietrza. Uwzględniając jednak stopień zgnilizny i stosunki atmosferyczne téj zimy jest zdania, że w każdym razie zwłoki przez czas dłuższy pozostały na powietrzu i to w tém położeniu, w którém je znaleziono.

II. (Pytanie 13).

Niepodobna wykluczyć możności, że Franciszka Mnichówna w innem miejscu życie postradała, a po śmierci dopiero do parowu zaniesioną została.

III. (Pytanie 12).

Przy sekcyi zwłok Franciszki Mnichówny znaleziono żołądek napełniony kapustą i fasolą; z okoliczności téj wnosić należy, że smierć Mnichówny nastąpiła w krótkim czasie, a najpóźniéj w 3—4 godzin po zjedzeniu owego pokarmu— a to z powodu, że po upływie takiego czasu potrawy te byłyby przeszły do jelita cienkiego.

IV. (Pytanie 11).

Na podstawie stopnia zgnilizny, jaką spostrzeżono w dniu 6 marca 1882 r. na zwłokach Franciszki Mnichówny, można przypuścić, że Mnichówna żyć przestała na trzy miesiące przedtém, że więc śmierć jéj nastąpić mogła w ostatnich dniach listopada lub na początku grudnia 1881 r. Jest to przypuszczenie, przeciw któremu nic, a za którém przemawia doświadczenie sądowolekarskie, według którego wcale nie jest rzeczą nadzwyczajną, że ciało przez 3 miesiące niepochowane i niepokryte, narażone, choć w porze zimowej na działanie wilgoci, psuje się do tego stopnia, jak to na ciele Mnichówny zauważono.

V. (Pytanie 10).

Włosy z głowy opodal od zwłok Mnichówny znalezione są silnie splecione we dwa warkocze i pomimo rozmaitych przejść, jakim uległy, do dziś dnia są w téjże formie dobrze utrzymane. Pomiędzy temi włosami i w naturalnym związku z niemi znaleziono śród badania 12 skrawków skóry głowowéj.

W części przygłowowéj włosy te są miejscami pomierzwione, miejscami przedstawiają pęczki równo obcięte. Pomiędzy włosami pomierzwionemi przy pomocy szkła powiększającego widać znaczną ilość włosów z cebulkami; wszelako nierównie większa ilość końców przygłowowych jest przecięta, i to albo prostopadle albo ukośnie do swéj osi. Niektóre końce są poszczerbane. W pęczkach równo obciętych końce niemal wszystkie są przecięte, a cebulki zaledwie tu i owdzie spostrzegać się dają.

Skrawki skóry głowowéj, w związku z niektóremi pęczkami włosów będące, odwilżone przez 24 godzin w wodzie destylowanéj a po oczyszczeniu badane, okazały, że one są niewątpliwie kawałkami skóry głowowéj, z któremi włosy w sposób naturalny pozostają jeszcze w związku. Największe skrawki mierzą 10—15 milim. długości, a 5 milim. szerokości; jeden z nich przedstawia całą grubość skóry. Jedne są oddzielone poniżéj korzeni włosów, tak że cebulki w nich pozostały, drugie przedzielone przez korzenie włosów, a w nich cebulek nie ma; przekroje włosów są już to poprzeczne, już też to ukośne. Skóra sama nie przedstawia żadnych zmian i nie różni się wcale od skóry prawidłowéj.

Na podstawie tego badania Wydział Lekarski na odnośne pytanie Wys. Sądu odpowiada co następuje:

1) Warkocze Franciszki Mnichówny odcięte zostały w bliskości skóry, miejscami razem ze skórą.

2) Zostały one odcięte najprawdopodobniéj wkrótce po śmierci Mnichówny.

3) Zostały one odcięte przez osobę trzecią za pomocą noża, a nie za pomocą nożyczek, w ostatnim razie bowiem skrawki skóry musiałyby mieć postać przekroju wypukłéj soczewki.

VI. (Pytanie 5).

PP. obducenci zmiany opisane przez siebie na głowie uznali jako następstwa uderzenia zadanego narzędziem tępém, jak np. obuchem siekiery. Za przypuszczeniem ich przemawia symetryczne umiejscowienie owych plam czerwonych, tak na oglowiu, jakotéż w oponach i mózgu samym, oraz twierdzenie p. Meydla, że w mózgu znalazł miejsce podobne do ogniska udarowego. Ze względów atoli, że:

a) na trupie gnijącym rozpoznanie wybroczyny jest rzeczą nader trudną, a częstokroć nawet dla bardzo doświadczonego lekarza sądowego niepodobną,

b) że zachodzi sprzeczność pomiędzy opisem w protokóle sekcyjnym, według którego mózg miał być rozlazłym, papkowatym, a późniejszém zeznaniem pp. obducentów, według którego mózg mógł być w całości wyjętym i krajanym,

c) że zachodzi sprzeczność pomiędzy protokółem sekcyjnym a późniejszém zeznaniem co do okoliczności, czy opona twarda lub miękka była krwią podbiegniętą;

d) że pp. obducenci śród rozprawy (arkusz 56 i 57)

podali, że w oponie i mózgu znaleźli tylko naczynia więcéj w krew zaopatrzone, a w ostatniém zeznaniu swém opisali „opony miękkie w okolicy guza kości ciemieniowéj lewéj jako jednostajnie jasnoczerwono zabarwione", śladów zaś krwi wynaczynionéj nie znaleźli ani pomiędzy oponami ani w istocie mózgowéj;

przypuścić wypada, że opisy zmian na głowie wcale nie wykluczają możności, że zaczerwienienie resztek ogłowia, opon i mózgu po stronie lewéj było zmianą pośmiertną, a tém samém nie może stanowić dowodu urazu, a to tém mniéj, o ile ekshumacyja w skutek wniosku Wydziału uskuteczniona, dowiodła, że czaszka sama nie jest uszkodzoną.

Z drugiéj strony atoli bardzo jest możebném, że na powłokach czaszkowych, a nawet w oponach mózgowych i mózgu samym były zmiany za życia powstałe, które jednak przez zgniliznę zostały zatarte.

Z tych powodów Wydział Lekarski oświadcza się za tém: że dochodzenie sądowolekarskie nie dostarczyło dowodu, jakoby Franciszka Mnichówna w głowę uderzoną została, że jednak uderzenia narzędziem tępém żadną miarą wykluczyć nie można.

VII. (Pytanie 7).

PP. obducenci w protokóle sekcyjnym podają, ze macica Franciszki Mnichówny miała „wielkość głowy dorosłego", a na podstawie tego opisu twierdzą w orzeczeniu swém, że Mnichówna była w 3cim lub 4tym miesiącu ciąży; zdanie to przytoczyli i podczas rozprawy; pp. znawcy rzeszowscy wymiarów macicy, którą oglądali, wcale nie podają (N. X.), ale również oświadczają się za ciążą w 3cim lub 4tym miesiącu. Nie mając macicy przed sobą, ani nie mogąc oprzeć się na opisie dokładnym, Wydział polegając na orzeczeniu znawców krakowskich, którzy macicę widzieli, oświadcza się za tém, że Franciszka Mnichówna była w drugiéj połowie ciąży, tj. po za 5tym miesiącem księżycowym, za którym to okresem przemawia objętość macicy porównana przez obducentów do głowy człowieka dorosłego.

VIII. (Pytanie 8).

Zniknięcie płodu z macicy Franciszki Mnichówny możnaby tłumaczyć w trojaki sposób: *a)* albo przypuszczając, że płód wyjęty został przez zwierzęta, *b)* albo że wypchnięty został przez gazy gnilne, *c)* albo wreszcie, że wycięty został przez osobę trzecią za życia lub po śmierci Mnichówny. Przypuszczenia dwa pierwsze atoli w danym przypadku są tak nieprawdopodobne, że wcale na uwagę nie zasługują; przemawiają bowiem przeciw nim szczeliny znalezione w macicy. Jeżeli bowiem otwór w ścianach brzusznych, niedokładnie i sprzecznie przez obducentów opisany, jeszczeby się dał wytłumaczyć zgnilizną, to wspomniane szczeliny w macicy żadną miarą ani w skutek zgnilizny ani przez szarpanie zwierząt powstać nie mogły.

Wprawdzie Wydział Lekarski wyrazić musi swoje zdziwienie i ubolewanie, że część skóry brzusznéj, o wycięciu i przechowaniu któréj pp. obducenci wyraźnie wspominają, zniknęła od razu, tak że jéj nie widzieli znawcy późniejsi, a co większa, że macica po rozprawie ostatecznéj zniszczoną została, przez co Wydział pozbawiony został możności oparcia swego zdania na obejrzeniu części tyle ważnych w danym przypadku,—jednak polegając:

a) na stanowczém zapewnieniu pp. obducentów, że szczeliny w przodkowéj ścianie macicy znalezione przedstawiały się jako zdziałane narzędziem ostrém,

b) na podobném zapewnieniu pp. znawców rzeszowskich a przedewszystkiém,

c) na okoliczność, że pp. znawcy krakowscy, jakkolwiek macicy nie opisali, przecież musieli wynieść wrażenie, że szczeliny wywołane zostały nożem, skoro w tym kierunku orzeczenie swe wydali,

d) z uwagi wreszcie, że powstania szczelin tych w inny sposób wytłumaczyć nie można,—

Wydział Lekarski oświadcza, że zniknięcie płodu nastąpić musiało skutkiem wycięcia go przez osobę trzecią. Czy płód wyjęty został za życia lub dopiero po śmierci Mnichówny, obecnie oznaczyć się nie daje, ale nie ma podstawy żadnéj do przypuszczenia, jakoby był za życia Mnichówny wyjęty.

IX. (Pytanie 9).

Do wydobycia płodu z trupa lekarz potrzebuje kilku minut czasu; rozumie się samo przez się, iż nielekarz może potrzebować dłuższego czasu, a zależy to głównie od mniejszéj lub większéj osobistéj zręczności, oraz od narzędzia. Przypuścić można, że przy niejakiéj zręczności i za pomocą narzędzia ostrego do wydobycia płodu z trupa nielekarz nie potrzebuje więcéj niż kwadrans czasu. Noże stołowe, jako *corpora delicti* Wydziałowi przesłane, jakkolwiek nie śpiczaste, można uważać za narzędzia, za pomocą których podobny rękoczyn wykonać się daje, albowiem próba uskuteczniona w zakładzie sądowolekarskim wykazała, że przy mocniejszym ucisku ściany brzuszne przeciąć się niemi dają. Co do zręczności osobistéj oczywiście Wydział żadnego zdania wypowiedzieć nie może; zwraca jednak uwagę W. Sądu, że jak z jednéj strony jest rzeczą nader niezwykłą, aby nielekarz choć na trupie podobny rękoczyn wykonał, to z drugiéj odważniejszym i zdolniejszym do wykonania takowego może być człowiek, który zajmował się biciem, zarzynaniem bydła lub trzebieniem zwierząt. Pomoc zaś osób drugich przy tym rękoczynie na trupie nie jest potrzebną i nie wpływa na czas trwania onego.

X. (Pytanie 6).

Złamanie szczęki dolnéj czyli żuchwy nie podpada żadnéj wątpliwości. Ponieważ śledztwo wykazało, że Franciszka Mnichówna z wysokości do parowu spaść nie mogła, że ani na dnie parowu, ani téż obok niego przedmiotów twardych nie było, więc nie pozostaje jak przypuścić, że złamanie żuchwy u Franciszki Mnichówny wywołane zostało przez uderzenie jéj za pomocą narzędzia tępego lub tępokanciastego w żuchwę, a narzędziem tém mogła być siekiera Wydziałowi przedłożona, lub téż podobne narzędzie. Złamanie żuchwy mogło nastąpić za życia Mnichówny lub téż po jéj śmierci dopiero. Ponieważ w chwili znalezienia zwłok żuchwa już była obnażona z części miękkich a w protokóle nie ma wzmianki o śladach oddziaływania żywotnego w okolicy złamania, nie podobna orzec stanowczo, czy złamanie miało miejsce za życia lub dopiero po śmierci Franciszki Mnichówny. Dodać wszakże należy, że brak oddziaływania żywotnego w danym przypadku jeszcze nie wyklucza powstania złamania za życia, ponieważ ślady tego oddziaływania po upływie 3 miesięcy w skutek znacznéj zgnilizny musiałyby się zatrzeć. Z uwagi wszakże:

a) że ciało Franciszki Mnichówny nie mogło spaść lub być rzuconém z znaczniejszéj wysokości,

b) że więc niepodobna wytłumaczyć sobie, jakim sposobem złamanie szczęki mogło powstać po śmierci Mnichówny,

c) że odporność kości po śmierci, zwłaszcza dopóki one nie są ogołocone z części miękkich, jest nierównie większą aniżeli za życia, że zatém potrzeba nierównie większéj siły do wywołania złamania na trupie aniżeli na żyjącym,—

Wydział Lekarski orzeka, że złamanie żuchwy u Mnichówny najprawdopodobniéj wywołane zostało za życia przez uderzenie zadane narzędziem tępém i ciężkiém i że narzędziem tém mogła być siekiera Wydziałowi przesłana.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawozdanie za rok 1884 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych prymaryjusza i docenta Dra Zarewicza.

Podał

Drnd Rościszewski.

W r. 1884 leczono w oddziale chorób wenerycznych i skórnych ogółem 904 chorych, z czego przypada na mężczyzn 463 chorych, a na kobiety 441. Wyleczonych wyszło 412 m., a 404 k., ogółem 816 chorych, nieuleczonych 21 m., a 7 k., ogółem 28 chorych; zmarło zaś 2 m. a 3 k., razem 5 chorych; w ten sposób pozostało jeszcze w leczeniu na rok następny 27 m. i 28 k., ogółem 55 chorych. Procent wyleczonych względnie do leczonych wynosił 90·26, procent niewyleczonych 3·09, a zmarłych 0·55. Przeważna część chorych niewyleczonych należała do rodzaju chorób skórnych, albowiem ze względu na brak miejsca zmuszeni byliśmy tak w r. 1884 jak i po inne lata wypuszczać chorych podleczonych, dotkniętych chorobami niezaraźliwemi, aby módz pomieścić chorych wenerycznych lub skórnych zaraźliwych. Z tego powodu odmawiano wielu zgłaszającym się chorym skórnym przyjęcia do szpitala. Między nieuleczonymi zamieszczeni są także chorzy, którzy z rozmaitych powodów przeniesieni zostali na inne oddziały, a wreszcie i tacy chorzy, którzy ponosząc sami koszta leczenia, żądali wypuszczenia przed upływem zupełnego wyleczenia. Ruch chorych w poszczególnych miesiącach był następujący.

	męż.	kob.	razem.
Z dniem 31 grudnia 1883 pozostało	36	33	69.
W styczniu 1884 przybyło	42	27	69
„ lutym „ „	40	34	74
„ marcu „ „	30	33	63
„ kwietniu „ „	29	27	56
„ maju „ „	32	31	63
„ czerwcu „ „	28	23	51
„ lipcu „ „	34	41	75
„ sierpniu „ „	25	33	58
„ wrześniu „ „	65	66	131
„ październiku „ „	38	34	72
„ listopadzie „ „	39	34	73
„ grudniu „ „	25	25	50.
Przybyło razem	427	408	835.

Z tych wyszło wyleczonych m. 412, k. 404, razem 816. Porównywając liczbę chorych przyjętych z liczbą wyleczonych przekonywamy się, że liczba wyleczonych równała się 97·72%. W ciągu roku 1884 opuściło zakład niewyleczonych m. 21, kob. 7. Razem 28. Zmarło męż. 2, kob. 3. Razem 5.

Ruch według chorób. Ażeby uniknąć zbytniéj drobiazgowości podzieliliśmy chorych leczących się w r. 1884 na trzy główne działy. Dział *A.* obejmuje choroby części płciowych natury nieweneryczném, jak np. ropnie części płciowych lub w pobliżu położone, otarcia tychże części powstałe z rozmaitych przyczyn, załupek i stulejka, jeżeli przyczyną ich powstania nie była jedna z chorób wenerycznych, itp. zmiany chorobowe. Dział *B.* obejmuje choroby weneryczne a dział *C.* choroby skórne.

A. Choroby niewenerycznе części płciowych. Tych leczono 34 m. a 62 k., ogółem 96 przypadków; z tych w ciągu roku zostało wyleczonych m. 32, kob. 54. Razem 86. Wyszedł niewyleczony mężczyzna dotknięty mięsakiem jądra i dwie kobiety, z których jedna przyjęta z ekskoryjacyjami na wargach mniejszych, wkrótce po przyjęciu zaniemógłszy na zapalenie płuc, przeniesioną została z tego powodu na oddział Iszy, druga zaś z zapaleniem przewlekłém błony śluzowéj macicy, jako niekwalifikująca się do leczenia na oddziale chorób wenerycznych wypuszczoną została. Umarło jedno dziecko, które w stanie konania przyjęte zostało na nasz oddział, wraz z matką zupełnie zdrową. Dziecko zmarło tuż po przyjęciu, a sekcyja wykazała: *Pneumonia catarrhalis partium poster. super. et totius lobi infer. pulm. dextri. Bronchitis capillaris diffusa partium restantium pulmonum. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis et renum. Tumor lienis acutus. Catarrhus intestinorum chron. et hyperplasia glandularum mesaraicarum. Pemphigus syphilit. palmarum manus utriusque et plantarum pedum. Syphilis ossium.* Dziecko liczyło dni 10, u matki nie znaleźliśmy żadnych zmian, z wywiadów jednak dowiedzieliśmy się, iż w r. 1881 leczoną była na oddziale naszym, co protokół chorych potwierdził. W r. 1881 przyjętą ona była w dniu 1 sierpnia, a badanie wykazało powiększenie migdałów wraz z zaczerwienieniem podniebienia miękkiego, liczne kłykciny sączące na wargach sromnych mniejszych i większych, na międzykroczu i w okolicy odbytu. Gruczoły pachwinowe powiększone. Chora leczoną była tylko miejscowo. W ciągu leczenia pojawiły się powierzchowne kłykciny sączące na podniebieniu miękkiém, które szybko przy odpowiedniém leczeniu ustąpiły, tak że w dniu 21/10 jako wolna od zmian kiłowych opuściła szpital. Według zapewnienia swego chora od tego czasu miała być wolną od powrotów choroby.

W tym dziale procent wyleczonych do leczonych wynosił 89·58, procent niewyleczonych 3·14, a procent zmarłych 1·04. Największą ilość dostarczyli chorzy dotknięci ekskoryjacyjami części płciowych, tych bowiem leczono 41 przypadków, z czego przypada 6 na mężczyzn a 35 na kobiety. Przyczyną ekskoryjacyj były albo obrażenia w czasie spółkowania powstałe, albo też były wynikiem nieczystego utrzymywania części płciowych lub też byłyto pozostałości niedogojonego liszaja części płciowych lub wreszcie wywoływane były sztucznie przez prostytutki najniższego rzędu (włóczęgi), pragnące się dostać do szpitala. Po ekskoryjacyjach najczęstszemi chorobami były: zapalenia kataralne żołędzi i napletka, zapalenia ropne gruczołu Bartholiniego, kłykciny kończyste i załupek. W obserwacyi pozostawało w ciągu roku 2 m. i 15 kob., ogółem 17 chorych, których władza policyjna przysyłała do szpitala, a u których żadnéj choroby wyśledzić nie można było.

B. Choroby weneryczne. Ogólna liczba leczonych na choroby weneryczne wynosiła 297 m. i 280 k., ogółem 577 chorych, z czego wyszło wyleczonych 268 m., 260 k., razem 528 niewyleczonych opuściło szpitał 4 m., 1 k. razem 5. Zmarło 2 m. i 2 k., ogółem 4 chorych, w ten sposób pozo-

stało w leczeniu na rok następny 23 m., 17 k., razem 40 chor. Procent wyleczonych chorych wenerycznych do leczonych chorych téj saméj kategoryi = 91·50% niewyleczonych 0·86%, zmarłych 0·69%. Liczba chorych wenerycznych leczonych w r. 1884 wynosiła 0·63 wszystkich w ogóle leczonych chorych w oddziale chorób wenerycznych i skórnych.

a) Rzeżączka. Na rzeżączkę cewki moczowéj mężczyzn leczono 128, między którymi uważano w 32 razach powikłania. Z tego przypada 24 przypadków na zapalenie przyjądrza, 2 na zapalenie gruczołu krokowego, 3 na ostry nieżyt pęcherza, a 3 na zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych, któryto chory pragnąc dokończyć leczenia w domu wyszedł ze szpitala w stanie polepszonym. Wyleczonych zostało 120 chorych, jeden opuścił szpital w stanie polepszonym (chory dotknięty zapaleniem pęcherza i miedniczek nerkowych) a 7 mężczyzn pozostało w leczeniu na rok następny.

Rzeżączki pochwy leczono 53 przypadków, między którymi w 10 przypadkach towarzyszyła równocześnie rzeżączka cewki moczowéj, a w jednym z nich następowy nieżyt pęcherza moczowego. Wyleczonych zostało 49 chorych a 4 pozostały w leczeniu na rok następujący.

Wszystkich przypadków rzeżączki leczono w roku ubiegłym 181, a na jednę chorą kobietę przypadało 2·4 mężczyzn. Największą liczbę dotkniętych rzeżączką dostarczała nam pora zimowa, odpowiednio największéj liczbie chorych leczących się.

b) Szanker (*Ulcus molle*). Szankrów leczono ogółem 39 przypadków, z czego przypada 22 przyp. na mężczyzn, a 17 na kobiety. W większéj połowie przypadków napotykano tak u mężczyzn jak i u kobiet po kilka szankrów równocześnie, a najczęstszą siedzibą ich u mężczyzn była wewnętrzna strona napletka, po nim wędzidełka, a następnie dopiero w równéj mierze żołędź i rowek zażołędziowy; u kobiet spoidło tylne, następnie wargi sromne i wejście do pochwy. W kilku przypadkach napotykano u kobiet obok szankrów na częściach sromnych równocześnie szankry około odbytnicy, przez przypadkowe przeniesienie jadu tamże powstałe. Do najczęstszych powikłań należały zapalenia gruczołów pachwinowych; tych było u mężczyzn 5 przypadków a 1 u kobiety. Nie ulega wątpliwości, że o wiele częściéj podlegają zapaleniom gruczołów pachwinowych obok szankra mężczyzni niż kobiety, usposabia ich bowiem do tego życie ruchliwsze i więcéj utrudzające, a następnie i ta okoliczność, iż mężczyzni pochopniejsi są w ogóle do leczenia samych siebie środkami nieodpowiedniemi. W dwu przypadkach uważano równoczesną stulejkę, w dwu innych załupek. W jednym przypadku wrzody pod napletkiem usadowione sprowadziły zgorzel napletka a po oddzieleniu się części zgorzelinowych spostrzeżono jeszcze kilka szankrów na żołędzi w pobliżu ujścia cewki moczowéj. W drugim przypadku szankry fagedeniczne na żołędzi i około wędzidełka sprowadziły zupełne zniszczenie téj okolicy. Z 39 przypadków leczonych było 38 wyleczonych, a jeden chory pozostał w leczeniu na rok następny. Różnica między liczbą leczonych kobiet (17) a leczonych mężczyzn (22) była nieznaczną. W pierwszéj połowie roku o wiele liczniéj występowały szankry aniżeli w drugiéj, albowiem podczas gdy od stycznia do końca czerwca leczono przypadków 30, w następnéj połowie roku leczono tylko 9 przypadków.

c) Kiła. 1. Wrzód syfilityczny pierwotny. Wrzodu syfilitycznego pierwotnego leczono 41 przyp., z czego 30 m. a 11 k. Najczęstszą siedzibą wrzodu stwardniałego była wewnętrzna strona napletka i rowek zażołędziowy u mężczyzn a wargi sromne i spoidło tylne u kobiet. Najczęściéj występował wrzód syfil. pierwotny pojedynczo, niezbyt rzadkie jednak bywały przypadki, gdzieśmy po dwa a nawet i więcéj wrzodów stwardniałych naliczyli. Do najczęstszych powikłań u mężczyzn należała stulejka. Z 41 przypadków leczonych wyszło wyleczonych 38, trzy przypadki pozostały w leczeniu na rok następny. Na jednę kobietę przypadło 2·72 mężczyzn z wrzodem stwardniałym. Jeżeli zaś zestawimy liczbę leczonych szankrów z ilością leczonych wrzodów stwardniałych, okaże się, iż w roku ubiegłym na jednego szankra przypadał 1·13 wrzód stwardniały.

2. Kiła następowa wczesna. W części téj zamieszczone są wszystkie przypadki kiły wczesnéj bez względu na to, czy to była kiła odnawiająca się czy nie. Na kiłę więc wczesną leczono w roku 1884 m. 97 a k. 185, ogółem 282 przyp., z czego wyszło uleczonych 84 m., 172 k., ogółem 256 przyp. Jeden mężczyzna wyszedł w stanie znacznie polepszonym na własne żądanie, a drugi przeniesionym został na oddział chirurgiczny. Na rok zatém następny pozostało w leczeniu 24 przyp. (Dok. nast.)

VI. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Prof. Penzoldt: **O leczeniu naparstnicą.**

Z długoletniego doświadczenia swego podaje P. niektóre uwagi o skutkach naparstnicy. W wadach serca, gdzie już jest tłuszczowe zwyrodnienie serca, naparstnica wcale nie działa. W 70% przypadków, w których nie było skutku po naparstnicy, znalazł P. zwyrodnienie tłuszczowe, w 30% pozostałych obok wady serca i przerostu był przerost tkanki łącznéj w mięśniu sercowym, choroba nerek lub inne ciężkie powikłania. Bardzo dobry skutek okazywała naparstnica w samoistnych przerostach serca bez wady i co miesiąc powtarzane leczenie naparstnicą nieraz długie lata utrzymywało chorych przy życiu. Niemniéj dobre skutki widział P. po naparstnicy w następowych przerostach serca w obec wad zastawkowych w okresie niekompensacyi, wybitnéj jednak różnicy pomiędzy wadami serca nie zauważył, dodaje atoli, że w schorzeniu zastawki dwudzielnéj lepsze miewał wyniki, niż przy wadach w tętnicy głównéj. Również w następowych przerostach serca w skutek chorób płucnych, szczególniéj w rozedmie płuc, naparstnica działała szybko i dobrze. W przerostach serca w skutek cierpień w nerce naparstnica albo mało albo wcale nie działa. W zapaleniu płuc włóknikowém podawał nieraz P. naparstnicę w samym początku choroby, ale skutek bywa rozmaity, stanowczego więc sądu o têm sobie nie wyrobił. Rozpoznanie za pomocą naparstnicy względnéj i bezwzględnéj niedomykalności zastawek najczęściéj jest uzasadnione, ale nie zawsze, jak to pouczają dwa przypadki, w których sekcyja stwierdziła jednakowe zwężenie zastawki dwudzielnéj. U jednego z tych chorych po naparstnicy szmer nad zastawką znikał, u drugiego zaś przeciwnie po naparstnicy stawał się wyraźniejszym. P. nie uważa wcale za przeciwwskazanie naparstnicy zwolnienia tętna i zdanie to popiera odpowiedniemi przykładami, wymaga tylko kontroli lekarza w tych przypadkach, gdzie tętno wynosi 32—40. W przypadku obserwowanym przez P. chora z wadą w aorcie i w ujściu żylném lewém wyżyła przez pomyłkę w 12tu godzinach 7·5 grm. naparstnicy. Po 24 godzinach,

kiedy minęły objawy zatrucia, wynik leczniczy był świetny. Co do sposobu podawania najlepiéj radzi używać: *Pulv. fol. digit.* 0·1 kilka razy dziennie, dochodząc do 1·5—2·5 grm. dziennie, aż wystąpi skutek pomyślny lub téż objawy zatrucia. W razie, gdy naparstnica nie może być stósowaną *per os*, można ją z dobrym skutkiem stósować *per anum* w lewatywach, dając 2 razy na dzień lewatywę z 2 łyżek nalewki z naparstnicy z 2·0 na 150·0 wody. (*Wien. allg. med. Zeit.* 1886, Nr. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. Riegel: **W sprawie rozpoznania niedomykalności zastawki trójdzielnéj.**

Fräntzel słuszne wypowiedział zdanie, że w rozpoznaniu wad zastawkowych w sercu szmery odgrywają rolę podrzędną. Nie one są cechą rozpoznawczą w wadach serca, lecz następstwa, jakie dają się zauważyć w żyłach i tętnicach. Sam szmer nad zastawką trójdzielną i powiększenie stłumienia serca ku stronie prawéj nie wystarczają do rozpoznania téj wady. Dopiero jako oznakę wady zastawki trójdzielnéj uważać należy skurczowo dodatnie tętno żylne. Ono ma właśnie to do siebie, że podczas skurczu komórek serca fala nie opada, lecz się podnosi. Podczas bowiem skurczu komórek w skutek niedomykalności zastawki trójdzielnéj krew wraca się do przedsionka prawego, który zostaje przepełniony tak, że krew z żył podczas skurczu nie może dostać się do niego i musi w żyłach pozostać, a z każdym skurczem komórek żyły w skutek tego nabrzmiewają, mając zatamowany swobodny odpływ do przedsionka.

W praktyce rozróżnić najlepiéj takie tętno od tętna *carotis* przez to, że fala krwi w żyle podnosi się powoli, gdy tymczasem fala w tętnicy szybko się podnosi. — Zwykłe tętno zastoinowe, jakie się spotyka w wadach serca, rozedmie płuc, podnosi się w czasie przedskurczu, a opada w czasie skurczu, przy niedomykalności zaś zastawki trójdzielnéj fala żylna podnosi się wraz z skurczem serca; żyła bowiem pozostaje przez cały czas trwania skurczu rozszerzoną. Dla rozróżnienia należy porównywać przez oglądanie tętno żylne z tętnem tętnicy szyjnéj z drugiéj strony. Jeszcze pewniejszym punktem rozpoznawczym jest zachowanie się serca w obec naparstnicy, ponieważ tętno żylne zastoinowe o tyle będzie się stawać słabszém, o ile zastoina się zmniejszy i siła serca się zwiększy; przeciwnie przy wadzie zastawki trójdzielnéj po podaniu naparstnicy tętno żylne będzie silniejsze. Ażeby fala w niedomykalności zastawki trójdzielnéj mogła z jednéj strony dojść przez przedsionek do żyły szyjnéj, z drugiéj do żyły wątrobowéj, potrzeba na to bardzo znacznéj siły. Ze zmniejszającą się siłą serca i tętno żylne w niedomykalności zastawki trójdzielnéj będzie słabsze i na odwrót. Jest jednak jeden wyjątek ważny, na który dotąd nikt nie zwrócił uwagi. Jak wiadomo rozróżniamy bezwzględną i względną niedomykalność zastawek. W jednéj i drugiéj mogą być wszystkie objawy lub może ich nie być, tak że na podstawie objawów fizycznych nie podobna rozpoznać téj różnicy. Tylko zachowanie się w obec naparstnicy pozwala rozróżnić względną od bezwzględnéj niedomykalności. W bezwzględnéj niedomykalności po dawkach naparstnicy tętno żylne wystąpi jeszcze wyraźniéj, kiedy siła serca się wzmoże, podczas gdy w niekompensacyi albo może nie być tętna żylnego albo bardzo nieznaczne. We względnéj zaś niedomykalności, kiedy naparstnica wpływa na wzmożenie siły serca, rozmiary serca maleją, serce jędrnieje, a fala żylna zmniejsza się powoli i wreszcie może zupełnie zniknąć. W tym więc przypadku i szmery nad zastawką trójdzielną znikają. Opisywane przez autorów przypadki wyleczonéj niedomykalności zastawki trójdzielnéj nie są niczém inném jak tylko względną niedomykalnością zastawki. Jest-to o jeden dowód więcéj, ze w rozpoznawaniu wad sercowych nie należy na pierwszém miejscu kłaść szmerów (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886, Nr. 38). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

Prof. Dr. H. Maas: **O resekcyi ściany klatki piersiowéj w obec nowotworów.**

Autor uwzględnia tylko przypadki ze zupełnie prawidłową opłucną i płucami, co najwięcéj z nieznaczném tylko zajęciem tych organów. Literatura zna zaledwie kilka przypadków resekcyj dokonanych w tych warunkach. Z okresu przedantiseptycznego wymienia M. 2 przypadki Richerauda i Sedillota, oba z powodu raka sutka operowane; odsłonięto przytém lewe płuco i serce; oba ze zejściem pomyślném. Dopiero jednak antiseptyka wyjednała téj operacyi prawo obywatelstwa w chirurgii. I tak na 8mym Zjeździe niemieckiego Towarzystwa chirurgów przedstawił Kolaczek przypadek operowany przez H. Fischera z powodu chrzęstniaka, gdzie wycięto 4, 5, 6 i 7 żebro wraz z opłucną ścienną, ponieważ nowotwór sięgał kilka cm. w głąb klatki piersiowéj. Jamę kl. piersiowéj przestrzykano roztczynem kwasu salicylowego. Mimo ropnego zapalenia opłucny nastąpiło wyzdrowienie po 40 dniach.

W przypadkach mięsaka żeber operował Leisrink. Wycięcie 6 i 7 żebra aż do mostka, przestrzykanie jamy opłucnowéj kw. salicylowym. Po otwarciu klatki piersiowéj zapad, zwolnienie i arytmija tętna i oddechania, wszystko to ustąpiło po przerwaniu narkozy, injekcyjach eteru i faradyzacyi nerwów przeponowych. Płuco nawet po otwarciu klatki piersiowéj zapadłe, już wieczorem tego samego dnia dawało odgłos jawny. Przebieg zrazu pomyślny zakończył się śmiercią 4go dnia po operacyi z powodu zapalenia włosowatych oskrzeli. Te doświadczenia poprzedników nakazywały Maasowi większą ostrożność. Przypadek jego odnosił się do chrzęstniaka śluzowatego klatki piersiowéj, który sięgał do 7go żebra aż po grzebień kości biodrowéj, zajmując w rozmiarze poprzecznym przestrzeń od przedniéj linii pachowéj aż po wyrostki kolczaste kręgów lędźwiowych. Nowotwór w ogóle mało ruchomy, w kilku miejscach był stale do żeber przytwierdzony.

Dnia 21 lutego 1885 wyłuszczenie w narkozie chloroformowéj wśród spraju z octanu glinowego; cięcie w kierunku skośnym od dolnego kąta łopatki aż do przedniego kolca kości biodrowéj, a od środka tego cięcia cięcie poprzeczne ku dołowi i tyłowi przez skórę i mięśnie grzbietu. Podstawa nowotworu zresztą wolna, z 9—11 żebrem zrośnięta. Resekcyja 9, 10 i 11go żebra na 11 cm. długości wraz z przyległą częścią opłucny. Przez ubytek w ten sposób powstały widać było osierdzie wraz z sercem, lewe płuco zupełnie zapadłe i przeponę nigdzie niezranioną. W dolnym odcinku przez nieuszkodzoną powięź poprzeczną przeglądała śledziona i lewa nerka.

Ranę zespojono 2ma warstwami szwów głębokich i powierzchownych, prócz części w okolicy łopatki i cięcia poprzecznego, którego nie spojono dla spływania wydzieliny. Dren zastąpiono gazą sublimatową ze solą kuchenną. Przebieg gojenia aseptyczny. Tętno wnet po operacyi po winie wróciło do normy; w 6 dni po operacyi płuco dobrze wypełnione powietrzem nie wykazuje ani śladu nacieku ani nieżytu oskrzeli, również brak tarcia opłucnowego.

Autor przypisuje przebieg tak korzystny dwom okolicznościom: 1) ochronieniu opłucny i płuc od wysechania, 2) utrzymywaniu tychże narządów w ciągu operacyi w ciepłocie ciała. Oba te warunki zostały spełnione przez użycie spraju z ciepłego octanu glinowego. Nie mniéj wielkie znaczenie przypisuje zaniechaniu przestrzykiwania jamy opłucnowéj, w czém widzi tylko źródło przeziębienia a co najmniéj zadrażnienia. Co do funkcyi płuca to ona w obec przestrzeganéj antiseptyki w krótkim czasie wraca do stanu prawidłowego.

Z opatrunków antiseptycznych daje M. pierwszeństwo opatrunkom stałym, możliwie bez użycia drenu. *(Langenbecks Arch. f. klin. Chirurgie* XXXIII B., II H.). *Dr. Gross.*

Zien: **Znaczenie i leczenie otoków ropnych z jamy nosa.**

Zdaniem Z. bywają przewlekłe otoki ropne z nosa z tego tylko powodu nieuleczalnemi, iż ograniczano się jedynie do leczenia błony śluzowéj nosa a nie zdawano sobie dokładnie sprawy o umiejscowieniu ogniska chorobowego.

Autor otworzył w 5 przypadkach cuchnącego, 20 zwykłego śluzoropotoku nosa, 37 razy jamę szczęki; 29 razy, t. j. w 78% przypadków, znaleziono tam ropę.

Objawy współcierpienia jam sąsiadujących są często mało charakterystyczne, tak że często trudno orzec, która z tych jam jest zajętą. Wysadzenia ściany kostnéj nie było w żadnym z operowanych przypadków; brak zazwyczaj również zwiększania się wypływu za ułożeniem się chorego na bok przeciwny, jak wreszcie bólu i obrzmienia policzka

Celem bezpośredniego leczenia jam sąsiadujących z nosem, szczególnie jam szczękowych, należy utorować sobie dostęp do nich, a to w warunkach następujących:

1) Gdy leczenie otoku nosowego pozostaje długi czas bezskutecznem.

2) Gdy sama błona śluzowa nosa, o ile dostępną jest badaniu, nie okazuje nic nieprawidłowego, a mimo to istnieje ropotok, który peryjodycznie sam przez się odnawia się lub téż wywołuje go wdmuchanie powietrza do jamy nosa.

Aby módz środki lecznicze bezpośrednio stósować na błony wyścielające te jamy, na to drogi naturalne, prowadzące do nich, chyba tylko wyjątkowo wystarczyć mogą; zazwyczaj należy je drogą operacyi dopiero otworzyć. Z. operował jużto metodą Coopera przez wyrostek zębodołowy, jużtéż metodą Desaulta, z zewnątrz od strony dołka psiego *(fossa canina)*, pierwszą chętniéj niż drugą. Najważniejszą jednak rzeczą jest następowe regularne oczyszczanie jamy, przez raz lub dwa razy dziennie dokonywane staranne przestrzykiwanie jamy; używano najczęściéj kwasu borowego i karbolowego.

Z 29 przypadków, w których znaleziono ropę w jamie szczękowéj, 8 wyleczono, 13 doznało polepszenia, w 4 stan się nie zmienił, w 4 leczenie zostało przerwane. Do wyleczenia potrzeba było najmniéj 3 tygodni. *(Monatsschrift f. Ohrenheilkunde* 1886, Nr. 2). *Dr. Gross.*

Choroby skórne i weneryczne.

Dr. P. G. Unna (w Hamburgu): **Leczenie tocznia za pomocą miejscowego stósowania leków.**

Unna znalazł w plastrze muszlinowym [1]) zawierającym kw. salicylowy najdzielniejszy środek przeciw toczniowi, dzielniejszy od pasty z kw. arsenawego, tak w ostatnich czasach poleconéj przez Binza i Schultzego; za pomocą plastrów zawierających arsen, rtęć, sublimat i ichtyol osiągnął wprawdzie Unna podobne wyniki, działanie jednak żadnego z tych środków nie było tak szybkiém i silném jak kw. salicylowego. Jedyną trudność w zastósowaniu tego środka przedstawiał ból wywołany przez kwas, działanie kwasu bowiem było dzielniejszém w miarę zawartości większéj w plastrze; dla złagodzenia bólu używał U. kombinacyi kw. salicylowego z innemi środkami jak: rtęcią jodoformu, kokainem, makowcem, *extr. cannab. ind.*, chloralem i kreozotem; z tych tylko *opium purum* lub *extr. opii, extr. cannab. ind.* i kreozot okazały się skutecznemi; kokain zupełnie zawodził. Ból jednak po zastósowaniu plastra zawierającego *opium* lub *cannab. ind.* trwał około 2 godzin, poczém ustępował zupełnie; konopie indyjskie okazały się dzielniejszym środkiem niż makowiec, również i wyciąg tegoż. Z powodu wysokiéj ceny tak znacznéj ilości alkaloidu, próbował U. użyć do tego celu kreozotu, środka znieczulającego, tak bardzo wypróbowanego przez dentystów; wynik prób wypadł świetnie, do tego stopnia, że U. zaprzestał używać innych środków znieczulających, uważając odtąd kreozot za najsilniejsze *anodynum* w celach dermatologicznych. Przy użyciu plastru zawierającego 10·00 kw. salicylowego na 10·00 najlepszego kreozotu ból trwał tylko 10 minut. Za podwojeniem ilości kreozotu (na tę samą ilość kwasu) okres (bólu) trwał zaledwie 5 minut. To samo spostrzeżenie zrobił autor podwoiwszy ilość obu środków w plastrze (na 20·00 *Ac. salicyl.* 40·00 kreozotu); znieczulenie polega tu prawdopodobnie na porażeniu nerwów skóry kreozotem. Plaster zawierający 10·00 kwasu na metr wystarcza dla zwykłych przypadków tocznia twarzy i nosa; im cieńszym jest przyskórek i im obficiéj zaopatrzony w naczynia włosowate, tém mniéj potrzeba kwasu, gdzie jednak skóra jest zgrubiałą, gdzie małe guzki tocznia są usadowione w dawnych bliznach stwardniałych działaniem środków żrących i galwanokauteru, w brodawkowych postaciach tocznia rąk i nóg identycznych histologicznie z t. zw. brodawką anatomiczną *(verruca necrogenica, Leichentuberkel)* anatomów i rzeźników (przez odkrycie w tychże laseczników gruźliczego), na metr plastru należy użyć plastra zawierającego 30·00 nawet 50·00 kwasu salicylowego. Autor używa następnych 5 postaci plastru [1]) do leczenia tocznia; każdy tegoż metr długi, a 20 cm. szeroki zawiera na:

Ac. salicyl.	Kreozotu
10·0 grm.	20·0 grm.
20·0 „	40·0 „
30·0 „	50·0 „
40·0 „	40·0 „
50·0 „	50·0 „

Chcąc uniknąć pierwszego okresu (bólu) przy zastósowaniu plastra należy posmarować powierzchnię ciała 4% roczynem wodnym kokainu w 10 minut przed przyłożeniem plastra; kreozot, zdaniem autora, nie tylko działa jako *anodynum* dla skóry, działa on także w wysokim stopniu antiseptycznie a po tranie jest on najdzielniejszym środkiem przeciwgruźliczym. Plaster salicylowo-kreozotowy jest w stanie zastąpić wszystkie inne środki przeciw toczniowi dotąd używane. Po zastósowaniu silniejszego plastru w początku leczenia guzki mięknieją a działanie jego można przyspieszyć

[1]) *(Pflastermulle)* składa się z cienkiéj warstwy gutaperki powleczonéj z jednéj strony istotą lepką *(alumin. oleine)* zawierającą jednę albo kilka istot do leczenia służących, z drugiéj strony zaś powleczonéj muszlinem.

[1]) Wyrobu Beiersdorfa 40 Wohlers Allee Altona pod Hamburgiem.

równoczesném stósowaniem ciepłych kataplazmów; należy go odmieniać raz lub dwa razy dziennie stósując naprzód kokain lub bez tego i zmywając części chore za pomocą *linimentum calcis*, oliwy a nawet mydła i szczotki. Skoro wyżłobienia po zniszczeniu tocznia są płytsze, a nowe guzki nie powstają, należy przystąpić do plastrów słabszych kreozotowo-salicylowych a wreszcie do najsłabiéj działających plastrów salicylowo-zynkowych lub rtęciowo-karbolowych, lub do jodoformu i ichtyolu. Jedną z korzyści tego sposobu leczenia jest polepszenie pod względem kosmetycznym, albowiem w tém zgęszczeniu użyty kw. salicylowy usuwa dawne niekształtne blizny a skóra staje się delikatną; z drugiéj strony pozostaje po tém leczeniu dłużéj trwające zaczerwienienie skóry z powodu porażenia naczyń włosowatych lub téż z powodu zniszczenia *stratum granulosum*, pokładu nadającego białość skórze. Uniknąć można tego następstwa używając maści z ichtyolu lub gelatyny zynkowo-ichtyolowéj. (*The Lancet* 25 wrzesień 1886). *Dr. Barącz.*

(β) Unna: **O leczeniu przewlekłéj pokrzywki.** Według autora istnieją w terapii dzisiejszéj już dwa wypróbowane środki przeciw pokrzywce: salicylan sodowy i atropin. Zdarzają się jednakowoż przypadki, w których oba powyższe leki zawodzą, a wtedy właśnie zastąpić je może ichtyol.

1) S., w wieku lat 22, cierpiąca na blednicę, w marcu 1885 przyszła do kliniki autora z powodu ostréj pokrzywki, która już 4 tygodnie u niéj trwała. Kiedy salicylan sodowy przez dłuższy czas w największych dawkach podawany okazał się bezskutecznym, próbowano atropinu wewnętrznie 0·0005 3 razy dziennie, daléj zalecono do pędzlowania *Spirit. saponat. Tinct. Belladon. āā.*, kąpiele glinowe, częste użycie herbaty kozłkowéj, a nakoniec za pomocą *Ferrum sesquichlorat.* w postaci pigułek osiągnięto w przeciągu 14 dni znaczne, ale niestety krótkotrwałe, polepszenie. Zastósowano wtedy ichtyol mianowicie zewnętrznie w postaci pędzelkowań a wewnętrznie 3 razy dziennie 5 kropli. Przy tém leczeniu choroba ustąpiła a wewnętrzne podawania ichtyolu zupełnie zapobiegło jéj nawrotom.

2) S., silnie zbudowany i całkiem zdrowy, za pobytem swym w Hamburgu 18 czerwca 1885 radził się autora z powodu pokrzywki, która już kilku tygodni trwała, i pomimo zadawanego poprzednio przez innego lekarza salicylanu sodowego w dawkach zwykle używanych, wcale nie ustępowała. Autor zalecił wewnętrznie i zewnętrznie ichtyol. Chory w 4 dni późniéj przed swoim odjazdem przedstawił się zupełnie z pokrzywki wyleczony. (*Allg. med. Central-Ztg.*)

(β) **Jodoform w chorobach wenerycznych.** Według zestawień Rockharta *(Monatschr. f. Dermatol.)* okazuje się co do użycia jodoformu w chorobach wenerycznych co następuje: 1) W zapaleniu śluzotokowém cewki moczowéj nie ma on najmniejszego znaczenia. W owrzodzeniach i nadżerkach pochwowych powstałych skutkiem trypra jest on przeciwnie środkiem wybornym. 2) Jodoform można uważać za swoisty środek przeciw jadowi wrzodu miękkiego; jest najpewniejszym lekiem w wszystkich jego postaciach. 3) Ropiejące dymienice najskuteczniéj usuwa jodoform, a mianowicie oprawa uciskowa jodoformowa. 4) Wewnętrznie używany jako środek przeciwkiłowy stoi jodoform o wiele niżéj od jodku potasu, ale podskórnie stósowany rozciąga swe działanie na dłuższy przeciąg czasu niż ten ostatni; w nerwobólach zaś kiłowych jest wyśmienitym. 5) Wrzody kiłowe pierwotne z wybitném stwardnieniem goi jodoform równie szybko jak i wrzody miękkie. 6) Wstrzykiwanie zawiesiny jodoformowéj w glicerynie w dymienicach niebolesnych wcale nie przyczynia się do zmniejszania się tychże. 7) Jodoform sprawia rychłe zasychanie kłykcin, pokrywających się szybko przyskórkiem lub przybłonkiem, kalomel jednak działa o wiele korzystniéj na wessanie. 8) Do leczenia miejscowego za pomocą jodoformu nadają się jedynie wrzodziejące kilaki. 9) Działanie fizyjologiczne jodoformu w owrzodzeniach polega, według Binza, na roztwarzaniu go przez tłuszcze tamże zawarte, poczém w obec oksyhemoglobiny i żywotnych komórek wywięzuje się wolny jod; działanie zatém przeciwgnilne jodoformu polega na działaniu jodu wciąż się wywięzującego. Jodoform powstrzymuje wędrowanie ciałek krwi z naczyń, gdyż działa paraliżująco na pierwoszcze, a zarazem tamuje rozwój komórek olbrzymich. Uśmierzanie bólu pochodzi ztąd, że jodoform poraża nitki osiowe zakończeń nerwowych. Rany i płaszczyzny zziarnione, w których znaczne ilości tłuszczu spostrzegać się dają, łatwiéj chłoną jodoform niż świeże rany i przetoki. Jodoform z ustroju wydzielany bywa nader wolno i ztąd to pochodzi jego długotrwałe działanie. *(Allg. med. Central-Ztg.)*.

(β) **Przeciw otrętowi** *(Intertrigo)*, którego różne rodzaje w ogóle są pochodzenia pasorzytniczego (mianowicie pachwinowe), zaleca Unna w Hamburgu ichtyol. Najlepiéj jest smarować mocną, co najmniéj 10% maścią ichtyolową. Jeżeli otręt jest niedawny a przytém ogranicza się do niewielkiéj przestrzeni skóry, to wystarcza pospolicie jednorazowe wcieranie. — Do téj saméj kategoryi należą téż opryszczenia, pospolicie „wilkiem“ zwane, powstające w lecie po uciążliwych marszach lub dłuższém jeżdżeniu konno. Wymagają one częstszego stósowania ichtyolu, szczególnie w razie nacierania skóry, któréj brzeg charakterystycznie zwykł się do góry podnosić. Jeszcze skuteczniejszą jest mięszanina ichtyolu i tłustego mydła potasowego w równych częściach, która zwykle już jeden raz użyta usuwa pryszczenie się skóry. W zastarzałych wypryskach można dla przyspieszenia działania ichtyolu dodać kwasu salicylowego (2—10%). Ichtyol w powyższych formach pryszczenia się skóry wystarcza sam dla siebie, w innych przypadkach jest on cennym dodatkiem obok kwasu salicylowego do maści zynkowych, który przyspiesza zasychanie cieknących powierzchni (w ilości 1—3%) a w większéj ilości (10—50%) chłonienie nacieków. *(Allg. med. Central-Ztg.)*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 3 listopada 1886 r.
Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 25.
Gość Dr. Dymnicki z Buska.

1. Przyjęto jednogłośnie na członka czynnego Tow. lek. Dra Władysława Harajewicza.

2. Kol. Domański czyni w kwestyi jubileuszu Przeglądu Lekarskiego imieniem Komisyi redakcyjnéj następujące wnioski:

a) Na wydanie indeksu autorów i spisu prac oryginalnych umieszczonych w Przeglądzie Lek. w latach od 1882—1887 wyznacza się kredyt do wysokości 1000 złr.

b) W celu uzyskania téj kwoty bez sprzedania papierów publicznych będących własnością Tow. lek. krak. i Wydawnictwa Przeglądu Lek. upoważnia się z jednéj strony kol. Podskarbiego Tow., z drugiéj Komisyję redakcyjną Przeglądu, do zaciągnięcia pożyczki na zastaw papierów publicznych w kwocie do 500 złr. w równych częściach na każdą stronę, razem 1000 złr. w Banku austro-węgierskim.

c) Pożyczkę tak zaciągniętą spłacać będą wraz z należnemi procentami przez lat dziesięć po 100 złr. prócz procentów Tow. lek i Komisyja redakcyjna Przeglądu w równych częściach.

d) Wydany indeks autorów i katalog prac, rozdane będą bezpłatnie wszystkim prenumeratorom Przegl. Lek. w styczniu r. 1887.

Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

3. Przewodniczący interpeluje kol. Paszkowskiego jako delegata Tow. lek. do Komisyi sanitarnéj miejskiéj, jakie środki zamyśla Komisyja przedsięwziąć na przypadek pojawienia się cholery w mieście. — Kol. Paszkowski usprawiedliwiając się faktem, że już bardzo dawno nie było zwołane posiedzenie Komisyi sanitarnéj, oświadcza, iż jedynie kol. Domański zasiadający w Komisyi tak zwanéj cholerycznéj, może udzielić żądanych wskazówek. — Kol. Domański w dłuższém przemówieniu objaśnia skład i zadanie Komisyi cholerycznéj, poczém kol. fizyk miejski Buszek rozwija starania i zabiegi, jakich dokonał zarząd miasta w celach ochronnych, oraz rozporządzenia w razie pojawienia się téjże. — Kol. Oettinger uczynił wniosek, aby w obec grozy cholery Tow lek. przez Prezesa zniosło się z Prezydyjum miasta o częstsze zwoływanie posiedzeń Komisyi sanitarnéj, do którego to wniosku kol. Paszkowski uczynił dodatek, aby delegat Tow. lek. do Komisyi sanitarnéj był zarazem członkiem Komisyi t. zw. cholerycznéj. Wniosek wraz z dodatkiem przyjęto znaczną większością głosów.

4. Kol. Wł. Gluziński imieniem Komisyi przemysłowéj czyni wniosek co do popierania wyrobów wód gazowych fabryki pp. Rzący i Chmurskiego. Wnioski Komisyi, które jednogłośnie przyjęto, są następujące:

A. Na syfonach wody sodowéj wolno pp. Rzący i Chmurskiemu umieścić etykiety z napisami: *a)* Woda sodowa higijeniczna wyrabiana z polecenia i według wskazówek Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak., a uznana przez to Tow. za lepszą i odpowiedniejszą od zwykłéj wody sodowéj; *b)* woda sodowa kwaśna lecznicza wyrabiana z polecenia i według wskazówek Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krak.

B. Komisyja przemysłowa zawiadomi o wyrabianiu tych wód tak Komisyję sanitarną miejską jak i Dyrekcyje klinik i szpitali.

C. Na żądanie pp. Rzący i Chmurskiego można im wystawić odpowiednie świadectwo imieniem Tow. lek. krak.

Dr. Dobruchowski.

Sprawozdanie z walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z dnia 22 czerwca 1886.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W dyskusyi kol. Grodzki podaje, że leczył w pewnym okresie czasu 30 przypadków tyfusu brzusznego, z których tylko jeden dotyczący dziecka, u którego były powikłania ze strony nerek i płuc zakończył się śmiercią; podawał wielkie dawki antipyrynu, oprócz tego kwas solny i środki podniecające a uwzględniał ściśle wentylacyję przez otwieranie okien tak zimą jak latem, w zimie każąc palić w piecu. O podniecających środkach nie ma w ogóle zbyt korzystnego wyobrażenia, nie zgadza się też na to, aby gorączka miała chorobotwórcze ustroje zabijać.— Kol. Jerzykowski mniema, że zadawanie środków przeciwgorączkowych stosować się winno do okresu choroby; w późniejszych okresach środki przeciwgorączkowe zabijają. Kol. J. stosuje okłady zimne, wycierania octem, nadto środki podniecające. Co do kąpieli nie radzi używać ich zbyt zimnych.— Kol. Kończyński w roku 1885 przechodził w Obornikach epidemiję tyfusową wśród warunków niedozwalających zastósowania kąpieli zimnych; podawał więc salicylan sodowy i kwas salicylowy, wina ile tylko chorzy znieśli, a z 43 przypadków tylko jeden dotyczący staruszka, zakończył się śmiertelnie. — Kol. Zielewicz wspomina, iż wiadomo, że w ostatnich czasach starają się bakteryjologowie wszystkie ostre choroby wyprowadzić od bakteryj, a w obec tego leczenie przeciwgorączkowe upaśćby musiało. Natomiast usuwanie bakteryj przez wypróżnienia i wpływanie na podniesienie czynności serca, znalazłoby logiczne zastósowanie.—Zdaniem kol. Kończyńskiego o wypróżnieniach mówić wtenczas dopiero będziemy, skoro się dowiemy, któremito drogami bakteryje wychodzą. Jeden z asystentów Kocha robi pod tym względem doświadczenia. Dopóki to nie nastąpi, używać musimy środków działających wprost na utwory przyrzutowe, jak np. chininu przeciw zimnicy.—Kol. Zielewicz mniema, iż jestto terapija przeszłości. Przeciwko malaryi dziś już chininu nie uważa się za środek swoisty; podają się inne środki jak arszenik — Kol. Cieślewicz sądzi, iż są słabsze i silniejsze epidemije, pierwsze częstokroć same przez się ustępują, drugie mimo najrozmaitszéj terapii kończą się śmiertelnie. Kąpiele, których jednakże niżéj 16° nie radzi podawać, działają dobrze, mianowicie wtenczas, gdy umysł jest zaćmiony; antipyryn także jest skutecznym.—Kol. Preibisza zdaniem antipyryn nie szkodzi, ale też nie pomaga, jedynie kąpiele letnie, połączone z zimnem polewaniem zasługują na zaufanie. — Kol. Koszutski chwali bardzo działanie antipyrynu, którego błogiego skutku w własnéj doznał rodzinie. Chinin i kwas salicylowy dobrze działają w początkach; w razie upadku sił podaje natomiast kwas bedżwinowy z kamforą. — Kol. Preibisz sądzi, iż zanadto liczymy się teraz z termometrem, dla starszych lekarzy wskazówką w chorobach gorączkowych było tętno.—Kol. Zielewicz gani również przesadę w mierzeniu ciepłoty mianowicie gdy się to pozostawi otoczeniu chorego.

Po kilku jeszcze uwagach koll. Koszutskiego, Kapuścińskiego i Jerzykowskiego zaznacza kol. Kaczorowski, że z ożywionéj dyskusyi wyniósł przekonanie, iż żaden z kolegów nie skłania się do jednego tylko systemu. Sam zaleca w tyfusie zimne powietrze i kąpiele letnie z polewaniem zimną wodą.

Daléj mówi kol. Kaczorowski o przypadku katalepsyi, którą od niejakiego czasu leczy u pewnéj kobiety w szpitalu Sióstr Miłosierdzia. Przypadek ten jest następujący:

Agnieszka Doba, wyrobnica, niezamężna, lat 24 licząca, według bardzo niedokładnych wywiadów pochodząca z rodziny, w któréj nie zachodziły ważniejsze choroby układu nerwowego, w 7mym roku życia przebyła razem z dwojgiem rodzeństwa od niéj młodszego ostrą chorobę gorączkową prawdopodobnie *Meningitis cerebrospinalis epidemica* albo płonicę, skutkiem któréj rodzeństwo oboje zmarli, ona zaś sama odniosła utratę słuchu a w dalszém następstwie i mowy, a nadto lekkie porażenie średnich gałązek lewego nerwu twarzowego.

Odtąd rozwijając się pod względem fizycznym i umysłowym jak na głuchoniemą dosyć prawidłowo, żadnym nie podlegała chorobom, zawsze będąc wesołego usposobienia pracowała chętnie i żywo w gospodarstwie wiejskiém, aż 10 kwietnia rb. pod wrażeniem śmierci starszego brata popadła w jakieś niedomaganie z utratą łaknienia, które po tygodniu rzuciło ją na łoże w stanie ogólnego odrętwienia.

Według opowiadania starszego brata leżała w łóżku zupełnie nieruchoma, bezprzytomna, jakoby w głębokim śnie pogrążona, przez cały tydzień żadnego pokarmu ani napoju nie przyjmując, i jak on twierdzi, ani moczu ani kału w tym czasie nie oddając.

Następnie przez kilka dni mocz i kał bezwiednie oddając, odzyskała pod koniec trzeciego tygodnia choroby tyle przynajmniéj czucia, że połykała trochę do ust wlewanego mleka i pozwalała się z łóżka wysadzać do oddawania odbycin, popadając po za temi na wpół świadomemi ruchami na nowo w dawniejszą śpiączkę.

Dnia 1 maja przywieziona do zakładu Sióstr Miłosierdzia przedstawiała stan następujący: Dziewczę, około lat 20, dobrze zbudowane, średniego wzrostu, i mimo długotrwałego postu nie źle odżywione, cery twarzy dosyć zdrowéj, leży na łóżku nie zdradzając najmniejszego poruszenia, z oczami przymkniętemi, szczękami lekko zaciśniętemi, z wyrazem twarzy spokojnym, jakby osoby lekko śpiącéj, z oddechem niedostrzegalnym brzusznym, 20 razy na minutę powtarzającym się, z tętnem średniego napięcia, 60 razy na minutę uderzającém, po uniesieniu górnych powiek gałki oczne zwrócone ku dołowi, i trochę na wewnątrz, źrenice średniéj wielkości bardzo słabo na światło oddziaływają, spojówki na kłócie żadnego odczynu nie wydają. Skóra na żadne bodźce, najsilniejszy prąd tak galwaniczny jak faradyczny, nieczuła, mięśnie zaledwie po zastósowaniu najsilniejszego prądu trochę się kurczą. Nieruchome odnogi, biernie poruszone w jakimkolwiek kierunku, zatrzymują położenie raz im nadane, toż samo górne powieki, szczęka dolna, tułów, tak dalece, że górna część jego do tępego kąta podniesiona, pozostaje w téj postawie, dopóki choréj na wznak się nie ułoży. Wszystkie mięśnie pozostają w bardzo lekkiém napięciu, zdradzającém się bardzo nieznacznym oporem, jaki przy zmianie ułożenia odnóg uczuć się daje. W zamkniętéj jamie ustnéj pełno gęstych z płatkami śluzu pomięszanych ślin, wypływających po biernem rozwarciu szczęk, język i połyk zaczerwieniony, lekkie cuchnienie z ust. Wlany łyżką do ust płyn chora po niejakim czasie zwolna połyka. Pęcherz moczowy przepełniony do pępka, zresztą w innych narządach żadnych zboczeń wyśledzić nie można. Błona dziewi-

cza rozdarta, trochę upływu śluzowego z pochwy, macica układu dziewiczego. Na wstępie zadano chorej łyżkę *Ol. ricini*, poczém w kilka godzin bardzo dużo moczu i rzadki kał oddała pod siebie.

Mając przed sobą przypadek stanu hypnotycznego, połączonego z wybitną katalepsyją, zrazu doświadczałem, o ileby drażnienie elektrycznością zdołało rozbudzić dziwnie uśpiony ośrodek nerwowy. Oprowadzając pędzelek faradyczny najbardziéj spotęgowanego przyrządu Stöhrera wzdłuż kręgosłupa, najmniejszego drgnięcia w twarzy, tylko po dotknięciu kolców średnich kręgów plecnych lekkie wygięcie tyłogłowia w tył spostrzegłem. Gdy jednakże po każdorazowém stosowaniu faradyzacyi tętno już tak znacznie zwolnione spadało do 40 uderzeń w minucie, zaprzestałem dalszéj elektryzacyi, ograniczając się do regularnego podawania choréj mleka, *Tr. Valerian. aeth.* połączonéj ze względu na towarzyszące zapalenie jamy ustnéj i połykowéj z *Tr. Jodi* i do codziennych kąpiel o 27°R.

Chora 5go dnia na kłócie spojówki odpowiadała lekkiém mrużeniem powiek, potrzebę oddawania moczu czy kału odtąd zdradzała wysuwaniem nóg z łóżka, poczém łatwo przychodziło usadzić ją na stolcu. Do kąpieli przy pomocy łatwo wchodziła, ale byłaby się w wannie z głową zanurzyła w wodzie, gdyby jéj głowy nie uniesiono, po dwóch tygodniach dała się już trochę oprowadzać, a nawet jak automat popchnięty naprzód parę kroków sama postępowała naprzód w prostym kierunku, stojąc potém znowu jak posąg. *Flexibilitas cerea* członków w miarę powracania świadomości zmniejszała się coraz bardziéj, tak że nadawane jéj pozy nie wytrzymały dłużéj nad parę sekund, znoszone zrazu siłą ciężkości samych członków, a późniéj własnéj woli. Po 3 tygodniach pobytu szpitalnego zaczęła już sama spożywać stałe pokarmy, a nawet z szufladki stoliczka nocnego wydobywać sobie bułeczki, jadała jednak tylko w dłuższych odstępach czasu, gdy widać głód się odzywał, inaczéj podawanego pokarmu zamknięciem ust odmawiała.

Powoli dawała się nawet nakłaniać do krótkotrwałych zajęć domowych, np. do prasowania, przyczém wszakże trzeba jéj było najprzód rękę kierować, jak u automata, późniéj także i trochę szyła, zawsze jednak tylko przy pomocy i nadzorze, jak dziecko wykonywające pierwsze próby takich robótek. Wrażliwość skóry, jakkolwiek na kłócie szpilką jeszcze nieodzywająca się, na silniejszy prąd elektryczny zdradza się już lekkiém wykrzywieniem twarzy, mięśniowa wrażliwość już prawie zupełnie przywrócona. Chora zaczyna się patrzeć przytomniéj, uśmiecha się czasem, wskazuje ręką na lewy bark, jakby tam bólu jakiego doświadczała. Przy uśmiechu dopiero teraz spostrzedz się daje lekkie porażenie lewego nerwu twarzowego w słabszém zarysowaniu się fałdu noso-wargowego.

Jakkolwiek większą część dnia spędza po za łóżkiem siedząc na krzesełku albo dając się oprowadzać, rozlana na twarzy apatyja nadaje jéj zawsze jeszcze pozór osoby hypnotyzowanéj, pozbawionéj wszelkiego samowolnego postanowienia, postępującéj tylko za wskazówkami, przez drugą osobę jéj podanemi.

Jedno, co z własnéj czyni inicyjatywy, jakkolwiek i tu przykład codziennych kilkorazowych modlitw wspólnych, zdaje się być przechowaną w pamięci podnietą, jest często powtarzające się samodzielne żegnanie, co niejako stwierdza właściwą wielu kataleptykom pochopność do religijnych manifestacyj. Szkoda wielka, że zachodząca głuchoniemota nie pozwala tego przypadku wyzyskać ku wszechstronnemu zbadaniu stanu psychicznego i fizycznego. Ostatecznie wypadnie z całego zbiegu zjawisk podciągnąć całą sprawę chorobową pod pojęcie hysteryi, z znamieniem ogólnéj analgezyi, do któréj się przyłączyła bardzo długotrwała katalepsyja.

W końcu przedstawił kol. Wicherkiewicz dwóch chorych a mianowicie:

1) Wieśniaka, u którego przed 8 tygodniami chcąc usunąć przybłoniak lewéj dolnéj powieki znalazł tak znaczne rozgałęzienie téj narośli, iż zniewolony był nie tylko odciąć znaczną część dolnéj powieki, ale nadto prawie wszystkie kości, które z góry, z boków i przodu ograniczają jamę Highmora. W całości pozostało tylko podniebienie. Znaczną ranę skóry pokrył kol. W. w części płatem skórnym pozyskanym przez wyłuszczenie kaszaka, wielkości małego kurzego jaja umieszczonego ponad prawém okiem. Chcąc uchronić lewe oko od urazowych wpływów zeszył kol. W. pozostałą część dolnéj powieki z górną. Jama coraz więcéj się zmniejsza, tak iż obecnie odpowiada zaledwo wielkości włoskiego orzecha.

2) Drugi przypadek dotyczy transplantacyi dolnéj powieki sposobem, o którym kol. W. referował na posiedzeniu dnia 28 maja rb. Wynik téj operacyi u 50-letniego kupca, który od 25 lat cierpiał w skutek utraty prawéj dolnéj powieki, był znakomity.

Po przedstawieniu tych chorych, mówił kol. Wicherkiewicz o nowym sposobie operacyi podwinięcia rzęs. Szczegółowy opis téj operacyi wyjdzie drukiem. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

VIII. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

W Azerbejdżanie i w okolicach Hamadanu w rzędzie bardzo licznych gatunków jarzyn uprawianych na szczególną wzmiankę zasługują ziemniaki. Spotkać je w Persyi było dla mnie prawdziwie miłém zjawiskiem: i piękna ich postać, ogromne sterty, a nie mniéj téż i nieporównana taniość, przekonały mnie, że są tu one cenione i powszechnie używane. Jak wszystkie jednak jarzyny bywają tu w odmienny sposób przygotowywane, tak i ziemniaki podlegają innemu kulinarnemu traktowaniu. Odgotowane i późniéj obrane, najprzód dodają je do potrawy przygotowanéj tu z mięsa i pigwy i podobnie jak ryż stanowiącéj codzienne danie. Daléj uduszone z dodatkiem pewnéj ilości kminku i cynamonu figurują nieraz na stole zamożnych jako danie poprzedzające inne mięsne potrawy. Największe jednak wzięcie znajdują pośród podróżnych i biedniejszéj klasy ludności. I tém czém dla Araba jest ciasto z daktyli zarobione z mąką i masłem (bikmez), tém dla mieszkańców północno-zachodnich okolic Persyi jest „zebze“, czyli prościéj ziemniaki w pieluszkach. Przygotowanie ich bowiem mianowicie w podróży nie wymaga wielkich zabiegów. Trochę ognia, choćby wziętego z Nargilleh, znajdzie się zawsze. A jakiż to zysk i wygrana na czasie gdy się w téj jarzynie znajduje wszystko, tj. łatwy, smaczny a i pożywny sposób zaspakajania potrzeb żołądka. Wtedy nigdy nie jedzą gotowanych, lecz tylko pieczone ziemniaki jużto z solą lub cebulą, niekiedy z maślanką lub sokiem winogronowym, najczęściéj jednak bez wszelkich tych dodatków. Każdy téż z udających się w drogę prędzéj pominie zabranie innych wiktuałów, aniżeli zapomni wypakować sakwy ziemniakami, o których wartości przekonała go codzienna praktyka.

Zwykłe produkty nabiału, jak masło i ser i pozostała ilość płynna stanowiąca maślankę i serwatkę, w krajach wschodnich zostają jeszcze powiększone przygotowaniem mleka zsiadłego na słodko lub kwaśno zwanego „mast“. Latem zaś ze znacznéj ilości nabiału przygotowuje się „duh“, zbliżający się do naszéj maślanki, lecz zawierający tylko większą ilość wody. Do przeobrażenia mleka płynnego w stan zsiadły używa się tu zakwasu przygotowanego z mąki jęczmiennéj lub najczęściéj i dla większéj ekonomii wyschłych liści i łodyg z rodzaju *Vatisneria*. Pewna ich ilość włożona do zagotowanego najprzód mleka zagęszcza je i zakwasza z chwilą oziębienia się. Tak „mast“, jak i „duh“ jestto codzienna strawa wieśniaka, pierwszy w ciągu całéj zimy, drugi tylko latem. Niemi żywi się cała rodzina bez względu, jakim jest stan jéj zdrowia. One téż służą do powitania gościa, któremu na wstępie pod namiot jedna z córek gospodarza zwykła podawać dębową czaszę wypełnioną świeżą maślanką. W istocie jestto napój orzeźwiający; to jednak ma sobie właściwego, że na pewien czas przygłusza uczucie apetytu, podniecając pragnienie często do wysokiego stopnia. Tutejsza ludność wiejska rzadko spotykając choćby tylko wędro-

wnych lekarzy, sama zwykła opiekować się swymi chorymi w każdéj najgroźniejszéj nawet okoliczności, używając przedewszystkiém przetworów nabiału. Ztąd téż prócz już znanego sposobu ich przygotowania, niektóre z nich wzmacnia jeszcze dodatkiem pewnych specyjałów, jak kaparki, czosnek, skórka ze świeżych granatów, słodkich cytryn lub wierzby, nasienia czarnuszki, mięty itp. Nabiał wtedy nabiera właściwego smaku. I czy to w skutek zmiany swéj jakości, czy też w następstwie przesądu, ma działać pomyślnie w takich np. chorobach jak zimnica, stany nieżytowe żołądka i jelit, w zapaleniu oskrzeli, w ziarnieniu nerek, w zapaleniu opon mózgowych u dzieci, w niektórych ostrych chorobach zakaźnych i skórnych. Podawanie jednak przetworów nabiału jako leku jest tu wyłącznym przywilejem kobiet, które też stosownie do własnego widzenia rzeczy, raz podają choremu mleko zsiadłe, zaprawione tym lub owym dodatkiem i przekonane, że „duh" orzeźwia a „mast" wzmacnia, najczęściéj pierwszym opajają swych pacyjentów. I jakkolwiek podobne postępowanie nie może dać pożądanych rezultatów, to w każdym razie jest ono racyjonalniejszém od wszelkich pokątnych działań tutejszych znawców.

Nabiał otrzymywany od owiec i kóz jest tu uważany za najlepszy. Mleko krowie mniéj jest cenioném, podczas gdy w okolicach zamieszkałych przez Arabów z plemienia Abu-Mehemet, hodujących wielkie trzody bawołów i wielbłądów, przekonanie o jakości pożywnéj nabiału jest nieco odmienne. Mleko bawolic dawane w znacznéj ilości jest bardzo tłuste i posiadając cechującą woń bywa uważane za najlepsze. Nie łatwo jednak oddziela swą kazeinę i jedyny produkt, jaki daje, jestto wielka ilość śmietanki, zbieranéj na sprzedaż i do opatrywania okolic ciała dotkniętych łuszczycą, nigdy zaś na użytek domowy. Pozostała zaś ilość mleka bywa przeobrażaną na „duh", który jednak z powodu swéj przenikającéj woni, może być tylko przyjemnym napojem dla mało zwykle wymagającego Araba.

Mleko wielbłądzie zawiera małą stosunkowo ilość kazeiny, jest wodniste i dominującą w nim częścią składową są węglany sody i wapna. Wzgląd na rodzaj paszy, jaką się zwierzę karmi, częsty brak wody lub niedostateczna jéj ilość tłumaczą, dla czego mleko wielbłądzie nie posiada właściwego smaku, po udojeniu przedstawia się jako masa zbitéj piany i na narząd trawienia oddziaływa w sposób rozwalniający. Ztąd przyzwyczajenie się do dobrego strawienia wielbłądziego mleka jest niedostępném dla samego nawet Araba, dla którego jest ono lekiem w potrzebie, a użyte w znaczniejszéj ilości wywołuje stan chorobowy jelit, bardzo często przechodzący w czerwonkę. Całą zaś jego zaletą, z któréj korzystają jedynie mieszkańcy południowych okolic kraju, jest łagodzenie pragnienia, lecz tylko w razie użycia małéj ilości mleka. I te jego własności są powodem, że nie poddawane żadnéj innéj przeróbce, mało ogólnie bywa używaném.

Co do drobiu i dziczyzny, to u prawowiernego Persa jedna tylko poczciwa kura jest wolną od pogardy, obejmującéj wszystkie inne istoty skrzydlate. Dla przygotowania jednak z niéj jakiegoś dania koniecznem jest zachowanie pewnych ostrożności, zależących na tém, że życie powinno być odebrane ptakowi poza obrębem domu, głowa i nogi oddane na posiłek nocnych czworonożnych stróżów ulicznych, pióra zaś i puch pozostawione woli wiatru. Znaczna zaś ilość kuropatw, frankolin, przepiórek, dzikich kaczek, stadami przelatujących gęsi, cieszy się w Persyi największą yswobodą i chyba tylko w szczególnie wyjątkowych zdarzeniach figuruje niekiedy na stołach zamożniejszych. Popularna jednak terapija dość często posługuje się dzikiém ptactwem jako środkiem leczniczym, nie przywięzując wtedy uwagi, czy mięso ptaka jest jadalném, czy téż przeciwnie. W dolegliwych tedy kurczach żołądka, kolce wietrznéj, w niestrawnościach u małych dzieci, zwyklo się na pół dobitą istotę rozćwiartowywać na połowę i szybko ciepłe jeszcze mięso przykładać na okolicę bólu. Ma to przynosić ulgę w cierpieniach powyższych. Do zwierzyny zaś Pers nie przywięzuje żadnéj wartości, uważając pewne gatunki za niestrawne, inne otaczając fanatyczną pogardą, a nad wszystko przenosząc kawałek szkopowiny przygotowanéj jako potrawka ze śliwkami lub brzoskwiniami, lub figurującéj na stosie pilawu jako rodzaj pieczystego. W tém jedném zdają mi się Persowie mieć racyję, bo nie znając znaczenia gastronomicznego mięs białych i czarnych, jeżeli tylko są w stanie, swoją szkopowiną zastępują inne gatunki mięs, żywiąc się nią w zwykłym stanie zdrowia, a nie odrzucając jéj także, gdy potrzeba pożywić i wzmocnić swych chorych.

IX. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

— Na posiedzeniu Rady miejskiéj w d. 25 listopada b. r. uchwalono na wniosek Komisyi cholerycznéj przedstawiony przez r. m. prof. Domańskiego a popierany energicznie przez radzców lekarzy Dra Jordana, prof. Pareńskiego i Dra Warschauera zakupno przyrządu dezinfekcyjnego mającego służyć do rzeczywistéj dezinfekcyi odzieży, bielizny i pościeli tudzież innych większych przedmiotów, w których mieścić się mogą zarodki chorób zakaźnych. Komisyja przyjęła za zasadę dezinfekcyję za pomocą pary gorącéj, ogrzanéj do 100 stopni Celsyjusza i poszła w téj mierze za dzisiejszą nauką trzymając się słusznie zdania, że, jeżeli w téj ważnéj sprawie ma się coś robić — a robić trzeba koniecznie — to robić wypada gruntownie, bo dezinfekcyja urojona, na którą się ludzie spuszczają, jest gorsza od żadnéj. W ten sposób powstaje w Krakowie nowe a ważne urządzenie sanitarne, które niewątpliwie zbawienne przyniesie owoce, jeżeli, a czego pewnym być można, w usiłowaniach koło poprawy zdrowia publicznego poprą gminę lekarze i zarządy szpitali, które nieraz mimowolnie szerzyły choroby zakaźne przez wydawanie rzeczy mieszczących w sobie zarodki chorobowe. Gdy przyrząd, o którym mowa, będzie zbudowany i do użytku gotowy, podamy o nim bliższe szczegóły, nie obojętne zapewne dla naszych Czytelników.

* **Cholera** w ostatnich dniach wystąpiła w dwóch miejscach w Niemczech, a mianowicie Dr. Buchwald sprawdził przypadek śmierci we Wrocławiu, tyczący się wychodźcy węgierskiego, który w przejeździe przez Wrocław tamże zachorował i umarł, — Dr. Pfeiffer zaś donosi o epidemii wybuchłéj we wsiach Gonsenheim i Finthen, o milę odległych od Moguncyi, gdzie zachorowało osób 22, a umarło 15. Mieszkańcy tych wsi trudnią się handlem drobiu i owoców, które w ostatnich czasach sprowadzali z Węgier i Włoch. Epidemija ta zgasła, zanim przedsięwzięto jakiekolwiek środki ostrożności, została ona jednak bakteryjologicznie sprawdzoną. Pojawienie się jéj i zniknięcie w dwóch wioskach odległych od miejsc nawiedzonych cholerą, daje w każdym razie wiele do myślenia i przemawia przeciw teoryi kontagijonistów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·6. Z płonicy umarło 1 (3 z. t.); z dławca i błonicy 3 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 2 błonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 7—13 listopada umarło z ospy: w Warszawie 8, w Budapeszcie 73, w Wiedniu, Pradze i Wenecyi po 1, w Rzymie 8, w Paryżu 3, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 11, w Rzymie 6, w Paryżu 21, w Londynie 19, w Petersburgu 14. Z gorączki połogowéj umarło w Warszawie 5, w Londynie 8. Z odry umarło: w Londynie 29, w Paryżu 18, w Liwerpolu 10. Z płonicy

umarło: w Warszawie 14, w Berlinie 11, w Budapeszcie 13, w Londynie 29, w Odesie 18, w Petersburgu 11. Z błonicy i dławca umarło: w Budapeszcie 18, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 14, w Berlinie 35, w Hamburgu 19, w Pradze 13, w Paryżu 19, w Londynie 34, w Chrystyjanii 10. Z krztuśca umarło: w Londynie 12.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,4; we Lwowie 33,3; w Brodach 30,5; w Drohobyczu 43,9; w Kołomyi 40,4; w Przemyślu 33,2; w Stanisławowie 37,9; w Tarnopolu 40,1; w Tarnowie 34,6; w Czerniowcach 28,3; w Warszawie 23,9; w Poznaniu 28,9; w Wiedniu 25,5; w Salcburgu 19,5; w Gracu 31,4; w Tryjeście 26,3; w Insbruku 21,2; w Pradze 31,2; w Ołomuńcu 17,9; w Berlinie 22,1; we Wrocławiu 29,7; w Gdańsku 27,6; w Dreźnie 22,6; w Hamburgu 30,3; w Kolonii 26,1; w Lipsku 15,6; w Mnichowie 30,6; w Strasburgu 21,4; w Amsterdamie 19,0; w Bazylei 21,3; w Brukseli 21,4; w Budapeszcie 39,5; w Chrystyjanii 19,5; w Genewie 20,9; w Kopenhadze 21,4; w Londynie 17,8; w Odesie 36,4; w Paryżu 22,3; w Petersburgu 22,1; w Rzymie 21,1; w Stokholmie 17,1; w Wenecyi 26,0; w Zurychu 17,2. *J. B.*

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego po załatwieniu czynności administracyjnych prof. Obaliński przedstawił dwóch chorych operowanych, jednego z plastyczną operacyją nosa, drugiego zaś z trepanacyją dla afazyi urazowéj; w dyskusyi wzięli udział prof. Adamkiewicz i Dr. Warschauer. Następnie docent Jaworski przedstawił wniosek Komisyi przemysłowéj, mający na celu poparcie mleczarni, urządzonéj w Grotkowicach; wniosek ten jednomyślnie przyjęto. Dr. Trzebicki okazał preparat anatomiczny z przypadku wycięcia jelita, dokonanego w klinice prof. Mikulicza; wreszcie docent Jaworski miał odczyt zapowiedziany, a dyskusyję nad nim odłożono do przyszłego posiedzenia.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie rozpoczęło już druk dziełka doc. Dra Pieniążka „O najnowszych postępach w zakresie patologii i terapii chorób krtani.“ Dziełko to stanowić będzie dopełnienie obszernego dzieła tegoż autora wydanego w r. 1879 „O chorobach krtani i tchawicy“ i rozesłaném będzie wraz z dziełem pierwotném bezpłatnie Członkom i prenumeratorom Wydawnictwa, jako premijum za rok 1885.

* D. 6 bm. odbędzie się posiedzenie pełnego Komitetu Wystawy krajowéj, w roku przyszłym odbyć się mającéj w Krakowie. W komitecie tym Tow. lek. krak. jest reprezentowane przez prof. Korczyńskiego, Tow. zaś lekarzy galicyjskich przez docenta Grabowskiego.

* **Lwów**. Według *Wiadomości Lekarskich* szpital powszechny lwowski cierpi na brak lekarzy pomocniczych. Pomnożenie liczby lekarzy i podwyższenie ich płacy okazuje się niezbędném. Uderzającą jest okoliczność, że tylko dwaj lekarze pomocniczy mieszkają w szpitalu, ponieważ dla reszty nie ma pomieszkania. Wątpimy, czy podobna anomalija istniała w innym wielkim szpitalu. Czy nie wypada, aby lekarze lwowscy udali się z petycyją do Sejmu o zaradzenie złemu?

* **Warszawa**. Dowiadujemy się z *Gazety Lek.*, że z inicyjatywy Dra Polaka ma się odbyć tamże w miesiącu maju 1887 wystawa higijeniczna. Protektorat nad wystawą przyjęła hr. Augustowa Potocka; prezesem wystawy obrany prof. Szokalski, wiceprezesem prof. Łuczkiewicz, sekretarzem stałym Dr. Polak.

* **Jena**. Pracownia Zeissa obchodziła niedawno uroczyście wyrób 10,000go mikroskopu.

* **Bononija**. Uniwersytet tutejszy na wiosnę 1888 r. obchodzić będzie 800-letnią rocznicę istnienia swego. Senat akademicki wykrył dowody, przemawiające za tém, że uniwersytet bonoński założony został między r. 1080 a 1090; tym sposobem byłby on o 100 i kilkanaście lat starszym od paryskiego i najstarszym uniwersytetem w ogóle.

* **Wiadomości uniwersyteckie Monachijum**. Prof. Gietl od dłuższego czasu choruje, z tego powodu zastępstwo otrzymał prof. Bauer. — **Paryż**. Prof. Hardy przechodzi w stan spoczynku; posadę jego w Charité otrzymuje prof. Potain, a posadę ostatniego w szpitalu Neckera prof. Peter. — Na opróżnioną po Bouleyu posadę patologii porównawczéj proponowani Chauveau i Gréhant. — **Insbruk**. Prof. nadzw. syfilidologii Dr. Edward Lang otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. — **Petersburg**. Dr Albicki, docent prywatny w Akademii lek. wybrany został prosektorem przy katedrze patologii ogólnéj. — **Leodyjum**. Dr Firquet mianowany nadzw. profesorem anatomii patologicznéj. — **Santjago** w Chili. Uniwersytet tutejszy drogą inseratu poszukuje profesora fizyjologii z płacą roczną 15.000 franków i kosztami podróży. — **Kazań**. Habilitowali się Dr. Nowicki dla chorób usznych, Dr. Razumowski dla desmurgii i mechanurgii, Dr. Nikolski dla katagrafologii. — **Gryfija**. Prof. anatomii patol. Grohé ciężko zaniemógł na cukrzycę. — **Würzburg**. Na katedrę psychijatryi po Grasheyu proponowani: prof. Jolly z Strasburga i Dr. Rieger. — Nowomianowany prof chirurgii Schönborn otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu. — **Bonn**. Dr. Geppert, b. asyst. kliniczny w Berlinie, habilitował się jako doc. prywatny.

* **Nekrologija**. W Aberdeen umarł nagle prof. farmakologii Dr. Aleksander Dyce-Davidson w 41 roku życia. — W Brukseli umarł Dr. Lequime prof. kliniki lek. i wydawca czasopisma „*La Belge médicale*“ w 84 roku życia. — W Londynie umarł docent farmakologii Dr. John Farre licząc lat 83.— W Gryfii umarł prof. anatomii patolog. Fryderyk Grohé. Urodzony w Spirze d. 12 marca 1830 r. uzyskał w r. 1856 stopień doktora w Würzburgu, pełnił tamże obowiązki asystenta przy Virchowie, z którym następnie przeniósł się do Berlina. W r. 1858 mianowany nadzw. a w r. 1862 zwyczajnym profesorem anatomii patolog. w Gryfii. — W Bazylei umarł profesor otyjatryi Dr. Albin Burchardt-Merian w 44 roku życia.— D. 11 listopada odebrał sobie życie w Petersburgu prof. Kołomnin wystrzałem z rewolweru z powodu operacyi, która mu się nie powiodła.

Do Nru dzisiejszego dołącza się prospekt na miesięcznik wychodzący w Warszawie pod tyt: „Zdrowie.“

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

KONKURS.

W celu nadania stypendyjum jednorazowego na podróż w kwocie 900 złr. z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszém konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyjów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą uprawę naukową w pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teorytycznéj bądź praktycznéj, ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego jużto w pracowniach jużto w klinikach szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską itp. Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia 8 lutego b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków dnia 27 listopada 1886 r.

Browicz.
Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na miejsce powiatowo-gminnego lekarza w Konjicy (Hercogowina).

Lekarz powiatowo-gminny w Konjicy pobiera rocznie 1200 złr. płacy i 150 złr. dodatku na mieszkanie w ratach miesięcznych z góry.

Komisyje polityczne równie jak czynności sądowolekarskie do jakich powołany zostanie bywają oddzielnie według istniejących przepisów wynagradzane.

Lekarz powiatowo-gminny winien utrzymywać aptekę domową i leki z niéj według ustanowionéj taksy sprzedawać.

Za wizyty lekarskie liczy się w Konjicy: za dzienną 35 kr., za nocną 50 kr., w obwodzie powiatu: 3 złr. dziennie i koszta drogi.

Ubogich w Konjicy winien lekarz leczyć darmo.

Miasto Konjica liczy 1.520 mieszkańców i leży przy drodze z Serajewa do Mostaru w odległości 60 klm. od pierwszego a 80 klm. od drugiego. W obwodzie powiatu buduje się obecnie droga kolei żelaznéj z Mostaru do Serajewa.

Posadę lekarza powiatowo-gminnego otrzyma jedynie Doktor wszech nauk lekarskich.

Podania o tę posadę należy wnosić z załączeniem dyplomu, świadectwa co do moralnego i politycznego zachowania się, oraz zdrowia i innych dowodów najpóźniéj do 10 Grudnia rb. do urzędu powiatowego w Konjicy.

Nie wymaga się świadectwa z egzaminu fizykackiego.

Ubiegający się winni władać językiem niemieckim i jednym z języków sławiańskich.

Urząd powiatowy w Konjicy.

L. 304.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę prymaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli“ w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 500 złr.

Podania wnoszone być mają do 15 Grudnia 1886 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny.

Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizorycznie, a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 12 Listopada 1886.

Wydawnictwa dzieł lekarskich

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) Dra Pawła Guttmanna. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem Dra A. Kremera i Docenta Dra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 złr. 75 c.—2 Rs. 50 kop.

2) Dra Jana Steinera. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 złr. — 3 Rs. 70 kop.

3) Dra Antoniego Jurasza, Profesora z Heidelberga **Laryngoskopija.** Dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 złr. 75 c.

4) Dra Oskara Widmanna, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.

5) Dra A. Rothego, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, **Psychopatologija Forensis,** czyli nauka o chorobach umysłowych w zastósowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiém i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.

6) Dra H. Jordana, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla uczniów i lekarzy.** Dział Iszy fizyjologija i dyjetetyka ciąży, porodu i połogu. Dzieło oryginalne z 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.

7) Dra Ż. Krówczyńskiego ze Lwowa. **Syfilidologija** Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 złr.

8) Dra Stanisława Smoleńskiego, kierownika Zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku. **Hydroterapija.** Dzieło oryginalne Kraków 1884. Cena 1 złr. 85 ct.

9) Dra Alfreda Obalińskiego, Profesora Uniw. Jagiell. w Krakowie. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męzkich** Kraków 1886. Cena 1 złr. 80 ct.

10) Dra Tadeusza Żulińskiego. **Higijena szkolna.** Wydanie pośmiertne, do druku przygotowane i uzupełnione przez Dra Kazimierza Grabowskiego, Docenta Wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Kraków 1886. Cena 1 złr. 60 cnt.

Skład główny powyższych dzieł w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie, jakotéż w Redakcyi Medycyny w Warszawie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 11 grudnia 1886. № 50. Rok XXV.

I. Kilka uwag o skrzywieniach kręgosłupa.

Skreślił

Dr. Władysław Lesser,
docent chirurgii w uniwersytecie w Lipsku.

W roku 1880 opisałem na Zjeździe chirurgów w Bernie (*Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie IX. Congress, Sitzung vom 8 April 1880*) szereg doświadczeń tyczących się kwestyi, w jaki sposób powstają skrzywienia kręgosłupa u młodych osób, a mianowicie takich, które wstępują w drugi okres rozwoju organizmu dziecięcego pomiędzy 5ym a 10 rokiem życia. Wtedy też bardzo często napotykamy u dzieci owe skrzywienia kręgosłupa bez wydatnych powodów powstałe. Brak ważnych wskazówek, jak owe skrzywienia się wytwarzają, umożebnił dość wielki szereg teoryj, które szczegółowo pominąć mogę, nadmieniając tylko, że głównie dwa poglądy na pierwszym pozostały planie, t. j. wytwarzanie się skrzywień kręgosłupa pod wpływem nierównego obciążenia różnych części kręgów, a z drugiéj strony możliwość spiralnego skręcenia zwykle prostéj osi czyli raczéj sagitalnéj średniéj płaszczyzny kręgosłupa pod wpływem niesymetrycznego rozrastania się żeber obydwóch stron tułowia.

Pierwsza teoryja, popierana względami matematycznemi i dowodami za pomocą sztucznych przyrządów mechanicznych, wielu znalazła zwolenników, nie daje się jednak sprawdzić w sposób doświadczalny. Łatwiéj ocenić drugą kwestyję za pomocą doświadczeń na zwierzętach. Hüter probował znieść symetryję w rozmiarach żeber obustronnych, wycinając części żeber jednostronnie w okolicy chrząstek żebrowych. Doświadczenia nie udały się zupełnie i już dla tego nie są odpowiednie, że wycinanie części żeber zbyt znaczne wywołuje zmiany co do ich kształtu i dalszego rozrastania się. Budge wykazał (*Observationes de vi quam nervi et phrenicus et vagus in respirationem habeant.* Bonnae, MDCCCLV), że obustronne przecięcie nerwu przeponowego tylko u bardzo młodych zwierząt śmierć wywołuje, u których oddychanie odbywa się tylko za pomocą przepony, ponieważ żebra są jeszcze zbyt miękkie i nie dozwalają wytwarzania się rodzaju oddychania żebrowego. I u dzieci ów *typus diaphragmaticus* codziennie spostrzegać można jako wyłączny sposób oddychania. Późniéj oddychanie za pomocą żeber więcéj się rozwija, mianowicie u płci żeńskiéj. U dorosłych osób po porażeniu przepony oddychanie za pomocą żeber uzupełnia ubytek, który co do objętości tułowia w dolnéj jego części powstał. Jednostronne przecięcie n. przeponowego znoszą i młode zwierzęta bez wszelkiego niebezpieczeństwa dla życia. Po stronie ubezwładnionéj przepony wdychanie tylko w ten sposób jest możliwém, że zwiększona czynność mięśni poruszających żebra przyczynia się do rozszerzenia się klatki piersiowéj. U młodych zwierząt można w ten sposób wywrzeć wpływ na prędszy rozrost klatki piersiowéj po stronie ubezwładnionéj przepony. Przecięcie n. przeponowego odbywa się na szyi. Trzeba dobrze zapoznać się z wszystkiemi gałązkami wchodzącemi w skład całkowitego nerwu, aby ubezwładnienie było zupełne. Gojenie rany, gdy się operuje śród warunków prawdziwéj antiseptyki, prędko następuje, bez szkody dla zdrowia osoby operowanéj. Miejsce operacyjne nie jest w bliższéj styczności z klatką piersiową, któréj zmiany wytworzyć pragniemy. Usunięcie symetryi w rozwijaniu się klatki piersiowéj, zmiana w postaci i objętości jednéj strony sztucznie wywołana, gdy tymczasem druga strona chwilowo zachowuje cechę odpowiednią wiekowi zwierzęcia, oto są warunki korzystne do rozstrzygnięcia pytania, czy taka asymetryja w rozwoju tułowia może wywołać skrzywienie kręgosłupa, tém bardziéj, że wpływ ciężaru ciała na stos kręgowy u zwierząt czworonożnych sam przez się usunięty. Młode króliki nadają się najbardziéj do takich doświadczeń, bo u nich żebra bardzo długo są miękkie i oddychanie odbywa się prawie wyłącznie za pośrednictwem przepony. Nadto kształt klatki piersiowéj jest u nich również bardzo zbliżony do kształtu klatki piersiowéj u dzieci.

Wycinanie i przecinanie n. przeponowego wykonano u 33 zwierząt, albo po lewéj albo po prawéj stronie szyi, w kilku przypadkach obustronnie, ale nie na raz, tylko z pewnemi przerwami pomiędzy operacyjami. Przecięcie zostało dokonane u zwierząt w różnym wieku. Skutki przecięcia badałem przez bardzo długi czas po operacyi, w kilku przypadkach po przebiegu prawie całego roku. Do doświadczeń używano zwierząt jednego chowu, często nowe pokolenia pochodzące jako potomstwa od zwierząt już operowanych. Niektóre osobniki z jednego chowu pozostały dla kontroli bez operacyi. Wreszcie zwierzęta zabijano chloroformem. Przy sekcyi badano ranę operacyjną na szyi i dokładność przecięcia n. przeponowego. Nadto pod mikroskopem uważano na zmiany w nerwie czyli jego części pozostałéj pod miejscem przecięcia. I przeponę badano co do zaniku części mięśni gołém okiem ale również i drobnowidem. Wyniki doświadczeń występujące u zwierząt za życia i na szkieletach przechowanych w płynie Wickersheima mogę tylko pobieżnie zaznaczyć. Otóż w przypadkach zupełnego wycięcia jednego nerwu przeponowego, po stronie przecięcia klatka piersiowa przedwcześnie okazuje zmianę kształtu, podczas gdy po drugiéj stronie formy pozostają dziecięcemi. Następstwa są te, że wyrostek mieczykowaty skrzywia się ku stronie z nieograniczonym kształtem klatki piersiowéj. Skrzywienie boczne kręgosłupa w części stosu grzbietowego nie zawsze bardzo wybitne; za to skręcenie bardzo dokładnie spostrzegać się daje z równoczesném odwrotném skręceniem w części szyjnéj i części lędźwiowéj i pacierzowéj kręgosłupa. Po przecięciu po lewéj stronie n. przeponowego koniec ogona ku prawéj stronie skręcony. Również głowa znajduje się w ten sposób skręcona, że lewe ucho wyżéj podniesione aniżeli prawe, a podbródek zwrócony w stronę brodawki piersi prawéj. Łopatka lewa, również wyżéj podniesiona, odstaje od grzbietowéj części klatki piersiowéj. Zmiany wyżéj wymienione są więcéj lub mniéj wydatne, jeżeli jednostronne ubezwładnienie przepony nie udało się zupełnie. Ale zmiany powyższe nawet w zupełném ubezwładnieniu nie przekraczają pewnych granic co do przeistoczenia pierwotnego kształtu kręgosłupa. U młodych psów i obustronne przecięcie nn. przeponowych uskutecznić można bez śmiertelnego zejścia. Ale trzeba takie zwierzęta pielęgnować w warunkach bardzo korzystnych i z wielką pieczołowitością. Napady rodzaju dychawicy, które z początku bardzo często i po lekkich nawet ruchach następują, ustają z czasem. Skrzywienie kręgosłupa nie następuje, tylko klatka piersiowa nabiera prędko bardzo wybitnéj postaci beczułkowatéj.

Zachodzi pytanie, o ile powyższe wyniki doświadczeń dadzą się odnaleźć w zboczeniach kręgosłupa u dzieci? Od roku 1880 wszystkie przypadki zboczeń kręgosłupa badałem ze względu na powyższe fakty. Pomijam statystykę tyczącą się kilkuset chorych ze zmianami formy kręgosłupa. Chodziło mi o to, aby się przekonać, czy rzeczywiście nierówność w sile skurczenia się przepony da się wykazać w pewnych przypadkach, i w jaki sposób je zbadać można. Co do metody badania, to nie wątpię, że łatwo wynaleźć lub przyswoić już istniejące przyrządy fizyjologiczne do badania u chorych. Poprzestałem jednakże na najprostszych sposobach, którémi posługiwał się także B u d g e (l. c.) w swych doświadczeniach. Kładąc ręce obustronnie na dolne części klatki piersiowéj, tak, że wielki palec ku grzbietowi zwrócony, a reszta palców naprzód, łatwo się przekonać, czy przy wdychaniu klatka piersiowa po jednéj stronie więcéj się rozszerza niż po drugiéj, czy wydychanie po jednéj stronie dłużéj lub krócéj się odbywa niż po drugiéj i wreszcie, czy okresy wdychania lub wydychania równocześnie się zaczynają po obydwóch stronach czy nie. Jeżeli potém cztery ostatnie palce rąk pod żebra wciśniemy, gdy tymczasem wielkie palce do góry wyniesione, to już przy wdychaniu, ale dokładniéj jeszcze przy parciu umyślném chorego można się przekonać, w jaki sposób kurcząca się przepona wywiera ucisk na końce palców. Owo ciśnienie przepony daje nam pojęcie o sile kurczenia się przepony podczas oddychania. Przekonałem się rzeczywiście, że przy skrzywieniach kręgosłupa u dzieci aż do 14go a nawet aż do 15go roku życia zawsze prawie można wykazać nierówną siłę w kurczeniu się przepony po prawéj i po lewéj stronie. Uwzględniając możliwe błędy w odczuwaniu mocniejszego ciśnienia po prawéj stronie pochodzące ztąd, że wątroba po prawéj stronie położona przedstawia się przy obmacywaniu więcéj twardą dla palców, pomimo to przy dokładném badaniu w większéj części przypadków siła parcia części prawéj przepony wydatnie jest większą, aniżeli po stronie lewéj. Równocześnie rozszerzanie się przy wdychaniu klatki piersiowéj lewéj wybitniejszém jest niż po stronie prawéj w największéj liczbie przypadków, chociaż nie we wszystkich. (Dok. nast.)

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernéj jego kwaśności.

podali
Dr. W. Antoni Gluziński i Dr. W. Jaworski
Docenci Uniw. Jagiell.
(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Najwybitniejsze zmiany stwierdziliśmy w grupie IIIciéj. Chorzy tu należący już wejrzeniem samém zdradzali cięższe zboczenie i przedstawiali obraz, jaki dotychczas zwykliśmy nazywać katarem żołądka. Cechy téj grupy są następujące: Żołądek czczy zawiera znaczniejszą ilość treści o własnościach soku żołądkowego. Podczas trawienia kwasota od HCl pochodząca, jest większą niż w poprzednich grupach, utrzymuje się długo, a tak wprowadzone pokarmy jak i produkta trawienia zatrzymują się w żołądku bardzo długo. Charakterystycznym objawem dla téj grupy jest obecność śluzu w większéj ilości, żółci i zachowanie téj ostatniéj w wyciągniętéj treści. Powołując się na szersze przedstawienie téj sprawy w pracy naszéj poprzedniéj (*Zeitschr. f. klin. Med.* t. XI), przytaczamy tu, że zabarwione żółcią strzępy śluzowe w wyciągniętéj treści, któréj przesącz okazuje się bezbarwnym, świadczą o wysokiéj kwasocie cieczy nawet na czczo wyciągniętéj i o upośledzeniu funkcyi mechanicznéj żołądka i stanowią cechę charakterystyczną dla naszéj grupy IIIciéj.

Przypadki tu należące badaliśmy niektóre beafsteakiem i możemy stanowczo powiedzieć, że wejrzenie wyciągniętéj treści po 7 godzinach nie jest zawsze tak charakterystyczne, jak to chce Riegel, który rzecz tak przedstawia: „*Besonders charakteristisch ist das Aussehen des Filterrückstandes. Man sieht in demselben zahlreiche grobe Amylaceenreste, Brodbröckel und dergleichen, während von Fleischfasern nichts mehr zu erkennen ist*“. Że nieraz tak jest, nie ulega wątpliwości, w przypadkach jednak grupy IIIciéj opó-

źnienie trawienia odnosi się dość często tak do istot skrobiowatych jak i białkowatych, i nieraz nawet po 8 godzinach od spożycia beafsteaku wyciągaliśmy kawałki niestrawione mięsa. Dokładniéj o tém przekonaliśmy się naszą metodą (białkiem jaja), któréj zawdzięczamy cały szereg spostrzeżeń. Kawałki białka znajdowaliśmy zwykle nawet po kilkunastu kwadransach od spożycia. Już w r. 1884 (l. c.) staraliśmy się podać tłumaczenie tego zadziwiającego faktu, że w obec obfitéj ilości dzielnego soku żołądkowego przecież trawienie istot białkowatych jest nieraz upośledzoném. Punktem wyjścia było dla nas spostrzeżenie, że w żołądkach z dużą kwaśnością od HCl pochodzącą, odmiennie, jakeśmy to mieli sposobność przekonać się w obec żołądków fizyjologicznych, bardzo często przychodzi do większego nagromadzenia produktów trawienia. Przyczynę tego odnosimy tak do upośledzonéj funkcyi mechanicznéj żołądka, jak i siły wchłaniania. Że zaś nadmierne nagromadzenie produktów trawienia w cieczy trawiącéj i za wielka zawartość HCl są niekorzystne dla dalszego trawienia istot białkowatych, dowodem tego spostrzeżenia Schwana, Brückego itd., tak że upośledzone wydalanie, wchłanianie i nagromadzenie w skutek tego produktów trawienia z jednéj strony, nadmierna kwasota z drugiéj strony, są może w stanie w tych przypadkach sprawić to opóźnienie trawienia istot białkowatych.

Jakim zmianom anatomicznym odpowiadają te zboczenia, nie kusimy się rozstrzygnąć. Grupę III tylko z powodu wykazywania w niéj znacznéj ilości śluzu nazwaliśmy „kwaśnym nieżytem żołądka“, przypuszczając nadto, że i błona mięsna musiała uledz pewnym zmianom, czém tłumaczyliśmy sobie późne wydalanie pokarmów i tę okoliczność, że w cięższych postaciach stwierdziliśmy rozstrzeń żołądka. Rozstrzeni téj nie uważamy za następstwo nadmiernego wydalania soku żołądkowego, jak to chce Riegel (*Zeitschrift für klin. Med.* t. XI, z. 2 i 3) mówiąc: *demnach würde als eine der, wenn auch selteneren, Ursachen der Ectasie, die chronische Hypersecretion des Magens zu bezeichnen sein*; lecz jako objawy jednéj i téj saméj sprawy chorobowéj. Sprawa ta z początku zajmując błonę śluzową, daje tylko powód do nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, bez możności wykazania rozstrzeni i opóźnienia wydalania pokarmów (dowodem tego nasza 1sza grupa i 2 przypadki Reichmanna, niejako pierwszy okres choroby), a następnie sprowadzając stopniowo zmiany głębsze z coraz większém zajęciem błony śluzowéj i osłabieniem błony mięsnéj, które objawiają się i późném wydalaniem i dającą się nieraz stwierdzić rozstrzenią (2 i 3 okres) (dowodem tego nasza grupa II i III). Że zmianom tym chorobowym odpowiadać mogą pewne zboczenia anatomiczne, wykazuje również kilka przypadków rozstrzeni żołądkowéj znacznego stopnia, latami trwającéj i w skutek zwężenia odźwiernika powstałéj, w których znaleźliśmy podobne zachowanie się soku żołądkowego. Przypadki te ostatnie służą również za dowód poprzedniego naszego twierdzenia, że trawienie istot białkowatych może być mimo dzielnego soku upośledzone, gdyż (szczególnie w 2 przypadkach) mimo znacznéj ilości kwasu solnego i mimo, że sztuczne trawienie odbywało się rączo, jeszcze jednak na drugi dzień znajdowaliśmy w żołądku kawałki mięsa, a kawałki spożytego białka nawet po 5—6 godzinach. Przyczyną tego była nadmierna kwaśność cieczy i nagromadzenie się produktów trawienia, w skutek znacznego upośledzenia funkcyi mechanicznéj żołądka przez zwężenie odźwiernika i zniesienie prawie zupełne wchłaniania, w przypadkach tych bowiem mimo podawania NaCl w moczu chlorków wykazać nie było można a wprowadzony do żołądka KJ dopiero po długim czasie i tylko w śladach okazywał się w moczu [1].

Z objawów podmiotowych przedewszystkiém podnieść musimy silne bóle, które najczęściéj napadowo występują najwybitniéj w grupie IIIéj. Najczęściéj stwierdzamy je po jedzeniu, dość często występują w nocy odbierając sen choremu, a dla złagodzenia ich nieraz do wstrzykiwań podskórnych morfinu uciekać się musieliśmy. Podobnie jak Riegel i my przypisywaliśmy te bóle drażnieniu przez nadmiernie się wydzielający HCl a może i przez nagromadzone produkty trawienia. Łagodziły się one znacznie przez wypłukanie żołądka, niekiedy przez podanie pokarmów, których chorzy sami się domagali, twierdząc, że im to sprawia ulgę, lub podanie większéj ilości napojów, które zdaje się przez rozcieńczenie treści żołądkowéj korzystnie działały. Sama natura zresztą stara się w ten ostatni sposób zapobiedz bólom, sprowadzając u chorych dotkniętych tém cierpieniem dość znaczne pragnienie. Wreszcie należy dodać, że chorzy ci często cierpią na zgagę, uczucie palenia, bolesności przy obmacywaniu okolicy żołądka.

Ze względu na etyjologiję tych przypadków podnieść musimy tę okoliczność, że znaczną ich liczbę, bo 16 na 27 przypadków, spotkaliśmy u ludności wyznania mojżeszowego, u któréj już w stanach fizyjologicznych, jakeśmy to podnieśli dawniéj, stwierdzamy wygórowany chemizm trawienia (sok żołądkowy o wysokiéj zawartości HCl), zapewne z powodu częstego wprowadzania do żołądka istot drażniących, jak czosnku, cebuli, śledzi itd. Część ta ludności naszéj, w skutek tego nieodpowiedniego żywienia się, dostarcza największéj liczby przypadków zboczeń przewodu pokarmowego i téj okoliczności zawdzięczamy zapewne stosunkowo dość bogaty materyjał postaci chorobowéj, dopiero co opisanéj.

W leczeniu przypadków grupy IIéj, a szczególnie IIIéj dobre usługi oddawało nam przepłukiwanie żołądka letnią wodą destylowaną, w razie stwierdzenia komórek czwórniaka (*sarcina*) lub drożdży, rozczynem kwasu salicylowego lub borowego. Przepłukiwanie nadmanganianem potasowym (*kali hypermang.*), jak niemniéj wewnętrzne podawanie środków ściągających np. *zinc. sulf.* okazało się nieodpowiednie, środki te bowiem podnoszą jeszcze kwasotę. Dla zmniejszenia téj ostatniéj podawaliśmy z dobrym skutkiem wodę karlsbadzką lub rozczyn soli karlsbadzkiéj (*Quellsalz*), najczęściéj w formie przepłukiwań. Po 3—4 tygodniach udawało się nam zmniejszyć znacznie stopień kwaśności, a względnie ilość wydzielanego soku żołądkowego. Najuporczywszą zmianą jest upośledzenie funkcyi mechanicznéj żołądka, świadczące o jakiejś stalszéj zmianie w błonie mięsnéj, która mimo obniżenia stopnia kwaśności pozostawała niezmienną i zaledwie w kilku przypadkach udało się nam sprowadzić szybsze wydalanie pokarmów.

Dla złagodzenia podmiotowych uczuć podawaliśmy skutecznie środki kojące wewnętrznie lub podskórnie.

---

[1]) Nadmienić jeszcze musimy, że oprócz 27 przypadków, na których się opieramy, znajdowaliśmy przypadki, w których wprawdzie na czczo nie było soku żołądkowego, ale które za to odznaczały się wysokim stopniem kwasoty, pochodzącés od HCl. Sąto więc przypadki nie ciągłego wydzielania toku żołądkowego, ale soku o wysokiéj (nadmiernéj) zawarości HCl. Ze względu klinicznego postawić je można na równi z poprzedniemi.

Dyjetę stosowaliśmy prawie wyłącznie mięsną, w znaczniejszych odstępach czasu; w jednym jednak przypadku, nie mogąc pokonać wstrętu pacyjenta do potraw mięsnych, spożycie których wywoływało silne bóle, zastosowaliśmy dyjetę skrobiowatą z dobrym skutkiem. Byłoby to potwierdzeniem niejako naszego przypuszczenia,' że i produkty trawienia istot białkowatych nagromadzone w znacznéj ilości mogą przyczynić się do wywoływania bólów.

Kończąc nasze uwagi dodajemy, że, zdaniem naszém, ciągłe wydzielanie soku żołądkowego (*hypersecretio*), względnie nadmierność jego kwaśności od HCl pochodząca (*hyperaciditas*) odpowiada każdemu prawie zadrażnieniu błony śluzowéj żołądka i jest zboczeniem częstém, znacznie częstszém aniżeli zmniejszenie lub brak kwasu solnego.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. **L. Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

XI. (Pytanie 1).

Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy Franciszka Mnichówna umarła śmiercią naturalną lub gwałtowną, Wydział Lekarski zastanowić się musi najprzód nad pytaniem 2 Wys. Sądu, a mianowicie nad przyczyną śmierci Mnichównéj.

Otóż w téj mierze wysoki stopień zgnilizny oraz niedokładność protokołu sekcyjnego nie pozwalają orzekać z bezwzględną stanowczością. Wszelkie atoli prawdopodobieństwo przemawia za tém, że Franciszka Mnichowna została pozbawioną życia przez poderznięcie gardła. Za tém przemawia:

1) niestosunkowo do innych części ciała posunięty na szyi stopień zgnilizny;

2) przerwa naczyń krwionośnych, podana przez chirurga Maydla w ostatniém jego przesłuchaniu;

3) niemożność wyśledzenia innéj przyczyny śmierci.

Co do 1. Wiadomą jest rzeczą, że zgnilizna postępuje szybko w takich miejscach, które poprzednio zostały uszkodzone, zwłaszcza w pobliżu wielkich ran. Wprawdzie zwłoki leżały zwrócone szyją na dół, a więc krew opuszczająca się własnym ciężarem i szybko gnijąca mogła stać się powodem szybkiego rozkładu części miękkich, wprawdzie szyja stykać się miała z wilgocią, jak tego dowodzi namuł, którym ubytek w częściach miękkich był wypełniony, co znów wpływać musiało na szybszy rozwój zgnilizny, — jednak fakt że zgnilizna na szyi najwięcéj była rozwiniętą, najlepiéj tłumaczyć się daje przypuszczając, że na szyi była rana.

Co do 2go. Ponieważ naczynia krwionośne, a zwłaszcza tętnice bardzo późno ulegają zgniliznie, więc okoliczność, że naczynia krwionośne na szyi według zapewnienia p. Meydla były poprzecznie przedzielone, ma wielką donioslość i popiera bardzo przypuszczenie poderznięcia gardła. Z drugiéj strony atoli podnieść należy, że o przerwie łączności naczyń krwionośnych nie ma wzmianki żadnéj w protokóle sekcyjnym, że o niéj nie wspomina wcale Dr. Biliński, a podaje ją tylko p. Maydl i to po upływie 20 miesięcy po sekcyi.

Co do 3. Niemożność wykrycia innéj przyczyny śmierci również popiera przypuszczenie poderznięcia gardła, choć nie jest niemożliwém, aby istniały jakieś zmiany w zwłokach, których ślad przez zgniliznę został zatartym.

Tym sposobem więc Wydział Lekarski opierając się na dochodzeniu sądowolekarskiém nie może wprawdzie na pytanie, jaka była przyczyna śmierci Franciszki Mnichowny, stanowczo odpowiedzieć, z uwagi jednak:

a) że Franciszka Mnichowna, lat 30 licząca, przed zniknięciem swém uchodziła powszechnie za osobę zdrową i krótko przed śmiercią spożyła obfitszą ilość pokarmu;

b) że znaleziono zwłoki jéj w miejscu nieuczęszczaném i w położeniu nie przemawiającém za śmiercią naturalną;

c) że prawdopodobnie na szyi jéj zostały zadane uszkodzenia przez osobę trzecią;

d) że złamanie szczęki dolnéj wywołane zostało przez osobę trzecią i najprawdobniej za życia;

e) że włosy z głowy jéj narzędziem ostrém odcięte zostały.

f) że płód wyjęty z niéj został przez osobę trzecią,

g) że w protokóle sekcyjnym, o ile na nim w ogóle polegać można, nie ma wzmianki o żadnéj zmianie, któraby śmierć naturalną tłumaczyła, że więc śmierć naturalną w takich warunkach wytłumaczyć niepodobna,

Wydział Lekarski oświadcza się za tém, że Franciszka Mnichowna najprawdopodobniéj umarła śmiercią gwałtowną przez osobę trzecią wywołaną.

XII. (Pytanie 2).

Przypuszczając wszelkie prawdopodobieństwo pozbawienia życia Franciszki Mnichownéj przez poderznięcie gardła, twierdzić należy, że uszkodzenie to zostało zadane narzędziem ostrém. Do poderznięcia gardła wystarcza w zasadzie jedna osoba, a to tém bardziéj, jeżeli się przypuści, że osoba napadnięta poprzednio została ubezwładnioną, odurzoną lub przez poprzednie ugodzenie przytomności pozbawioną; w przeciwnych warunkach wykonanie takiego uszkodzenia jest trudniejsze dla jednéj osoby, a wtedy raczéj przypuścić należy współudział więcéj osób.

Które uszkodzenia powstały najpierw, a które późniéj, stanowczo twierdzić nie podobna; prawdopodobieństwo przemawia za tém, że uszkodzenia szczęki (a względnie możebne uszkodzenie głowy) było jedno z najpierwszych.

Za życia z wszelkiém prawdopodobieństwem powstało uszkodzenie szczęki i uderzenie w głowę, jeżeli w ogóle miało miejsce, daléj poderznięcie gardła, bo ono tłumaczy najlepiéj przyczynę śmierci, uszkodzenie zaś powłok brzusznych i macicy razem z wyjęciem płodu, jak już powyżéj orzeczono, powstało najprawdopodobniéj po śmierci.

W zakresie przypuszczonego poderznięcia gardła, uszkodzenie to uważać należy za stanowczo śmiertelne i pozbawiające życia w przeciągu bardzo krótkiego czasu. Nie można téż zaprzeczyć, że uderzenie w głowę (jeżeli miało miejsce) mogło również śmierć za sobą pociągnąć. Uszkodzenie powłok brzusznych i macicy razem z wyjęciem płodu, jeżeli było wykonane jeszcze za życia, mogło w ten sam sposób również szybko jak uszkodzenie gardła przez krwotok denatkę życia pozbawić.

Jeżeli poderznięcie gardła było przyczyną śmierci, to śmierć nastąpić musiała w przeciągu kilku minut.

XIII. (Pytanie 4).

Noże jako *corpora delicti* przedłożone są narzędziem odpowiedniém do wywołania ran rznietych w częściach miękkich

a więc służyć mogły nie tylko do przecięcia macicy, ale tém bardziéj do poderznięcia gardła, zwłaszcza nóż z obrączką mosiężną, na którym pomimo rdzy rozpoznać można świeże wyostrzenie. Również siekiera przedłożona Wydziałowi jest narzędziem odpowiedniém do wywołania śmiertelnego uszkodzenia głowy jakotéż złamania szczęki.

XIV. (Pytanie 3).

Wydział Lekarski nie znalazł ze stanowiska sądowo-lekarskiego w protokóle oględzin nic takiego, coby się sprzeciwiało sposobowi, w jaki Franciszka Mnichowna, według podania jednego z obwinionych, zamordowaną została.

Na tém mógłbym właściwie poprzestać, albowiem na orzeczeniu powyższém kończy się zadanie Wydziału i jego sprawozdawcy. Ważność jednak sprawy téj rozgłośnéj i ciekawéj czyni dla Czytelnika lekarskiego pożądaném zaokrąglenie jéj biegu. Ograniczam się atoli do dat głównych.

Druga rozprawa przed trybunałem przysięgłych, tym razem w Krakowie, odbyła się w d. 30 września do 10 października 1884 r. Do rozprawy téj nie stanęli pp. obducenci; jeden z nich bowiem p. Maydl umarł był tymczasem, drugiego zaś, Dra Bielińskiego, nie zdołano odszukać. Rezultatem rozprawy było, że wszyscy trzéj obwinieni jednogłośnie uznani zostali winnymi, a Sąd skazał ich po raz drugi na karę śmierci przez powieszenie.

Przeciw temu werdyktowi obrońcy wnieśli zażalenie do Sądu najwyższego, a d. 25 lutego 1885 r. zapadła uchwała téj najwyższéj instancyi, zgodna z wnioskiem obrony, uchylająca werdykt drugi przysięgłych i polecająca wznowienie postępowania.

W uzasadnieniu swego wyroku Sąd Najwyższy podaje, że przeciw werdyktowi przysięgłych przemawiają ważne wątpliwości. W szczególności co się tyczy przedmiotowéj istoty czynu w śledztwie ponowném pomimo wszelkiéj staranności nie zdołano usunąć wątpliwości co do sposobu wykonania zbrodni. Wprawdzie Wydział lekarski krakowski przypuścił poderznięcie gardła jako najprawdopodobniejszą przyczynę śmierci Franciszki Mnichówny, lecz podstawą tego orzeczenia nie był protokół sekcyjny pierwotny, przez Wydział sam uznany za niedokładny i wadliwy, lecz głównie zeznanie obducenta Maydla, który d. 26 stycznia 1884 r., a więc prawie we 2 lata po obdukcyi przesłuchany, podał, że naczynia krwionośne na szyi trupa były jeszcze utrzymane, tak że można było odróżnić część ich górną od dolnéj. Jeżeli się atoli uwzględni, że w protokóle sekcyjnym o tym szczególe nie ma wzmianki, i że drugi znawca Dr. Bieliński, przesłuchany d. 29 listopada 1883 r., faktu tego nie tylko nie potwierdził, lecz przeciwnie podał, że wszystkie części miękkie na szyi przez zgniliznę były zniszczone a naczyń krwionośnych nie było ani śladu, niepodobna zeznania chir. Maydla żadną miarą uznać za podstawę do ocenienia téj kwestyi. Sprzeczność ta pomiędzy znawcami, któréj w postępowaniu dowodowém usunąć nie było można z powodu, że chir. Maydl tymczasem umarł, a Dr. Bieliński z powodu niewiadomego pobytu do rozprawy nie mógł być wezwany, czyni wątpliwą ścisłość dochodzenia obducentów i wiarogodność ich orzeczenia, a to tém bardziéj, o ile w ich orzeczeniu mieszczą się twierdzenia, które w protokóle sekcyjnym nie znajdują uzasadnienia. Do takich twierdzeń należy podanie obducentów, że zwłoki Mnichówny przez jakiś czas były ukrywane, zanim je przeniesiono do wąwozu, podanie, które niczém nie jest poparte i pozbawione jest wszelkiego uzasadnienia fachowego; tu należy twierdzenie ich, że części płciowe zewnętrzne zostały wycięte, tu należy następnie gołosłowne podanie, że skóra głowowa została skalpowaną. Sąd Najwyższy nie podziela nawet bezwzględnie zdania, jakoby płód po śmierci Mnichówny został wycięty z macicy, głównie z powodu, że nie pojmuje pobudek téj manipulacyi i sądzi, że ma się do czynienia w téj mierze z zagadką, która nawet i wtedy pozostałaby nierozwiązaną, gdyby fakt wycięcia płodu nie ulegał żadnéj wątpliwości. A jednak fakt ten wcale nie jest niewątplimym z powodu niedokładnego opisu cięć na macicy znalezionych, a odnośne orzeczenie Wydziału lek. nie rozstrzyga kwestyi, ponieważ z powodu braku macicy nie oparł sądu swego na własném spostrzeżeniu, lecz na wrażeniu, jakie otrzymali znawcy krakowscy, które to wrażenie atoli nie może uchodzić za podstawę pewną z powodu, że Dr. Bieliński podczas obdukcyi macicę przeciął.

W skutek téj uchwały Prokuratoryja Państwa w Krakowie zarządziła niektóre uzupełnienia śledztwa. Dla nas zasługuje na uwagę przesłuchanie ponowne p. Dra Bielińskiego, któremu tym razem wezwanie doręczyć zdołano. W przesłuchaniu tém, odbytém d. 5 maja 1885, rozchodziło się Sądowi głównie o wyjaśnienie sprzeczności, zachodzących pomiędzy zeznaniem jego a zmarłego chirurga Maydla, a do któréj to sprzeczności Sąd Najwyższy przywięzywał wielką wagę. Na 5 pytań, szczegółowo przez p. Sędziego śledczego przedstawionych, p. Dr. Bieliński odpowiedział jak następuje:

Na pytanie 1. Różnica w zeznaniu mojém a chirurga mojego polega jedynie na tém, że ja brzegi gładkie i równe zaznaczam w przeciwieństwie do brzegów szarpanych, wyżartych, nie uwzględniając nierówności z postąpionéj zgnilizny wynikłéj; chirurg Maydel zaś przyznając także, że z wszelką pewnością brzegi ostrém narzędziem były zrobione, zaznacza przy tém nierówność zgniliźnie właściwą. Zgadzamy się więc w zupełności, że brzegi przez cięcie narzędziem ostrém powstały.

Na pytanie 2. Brzegu skrawka do szczęki dolnéj przyczepionego nie widziałem, chociaż z tego jeszcze nie wynika, że chirurg M. związku tego skrawka ze szczęką widzieć nie mógł, a to z przyczyn następujących. Jak w protokóle obdukcyjnym wyrażono, wypełnioną była przestrzeń między szczęką dolną a klatką piersiową błotem i w błocie tém znachodziły się ukryte organa oddechowe, przełykowe i krwionośne. Oczyszczenie tych narządów z błota przeprowadzał chirurg M. przez zlewanie wodą i odgrzebywanie patyczkiem. Jest tedy jasném, że wśród tego rękoczynu tak co do położenia pojedynczych narządów jak co do związku tychże między sobą i z częściami tych narządów całość stanowiącemi zachodzić musi różnica w zapatrywaniu chirurga M. i mojém. Chirurg M. spłukując i błoto rozgartując mógł widzieć jeszcze związek skrawka skóry ze szczęką dolną, lecz już przy rozgartywaniu, uwzględniając znaczną zgniliznę trupa, związek ten ustać musiał i ja związku tego już nie widziałem.

Co do krtani i tchawicy zachodząca różnica między mojemi zeznaniami a chirurga M. polega także na manipulacyi w celu oczyszczenia z błota przedsięwziętéj. Płucząc i z błota odrapując mógł chirurg M. chwilowo widzieć związek części krtań i tchawicę składających, mógł téż i położenie zauważyć, w jakiém krtań do tchawicy się znajdowała, lecz tylko tak długo, dopokąd błota, które niejako wiązanie między temi częściami stanowiło, nie usunął, po oczyszczeniu zaś błota części te w trupie trzy miesiące przeszło na

powietrzu gnijącym rozkruszyć się i ze związku swego naturalnego wyjść musiały. Mógł tedy jedynie chwilowo istnieć podczas obdukcyi obraz składu i położenia organów w szyi znajdujących się, którego ja nie widziałem, nie utrzymując przez to, że chirurg M. widzieć go nie mógł.

Wyjaśnienie powyższe têm bardziéj zastósować można do naczyń krwistych, które w skutek zgnilizny daleko mniéj oporu stawiać mogły manipulacyi oczyszczenia zwłok. Resztki tych naczyń w kształcie kawałków być może, że w okruchach błota się znajdowały, nie mógłbym jednak z powierzchni przeciętéj tych kawałków stanowczo twierdzić o historyi powstania tych kawałków, znaczną zgniliznę trupa na oku mając. Tak więc zachodzić musi różnica w zapatrywaniu się na części zgniłe i błotem pokryte p. M., który oczyszczenia dokonał a zapatrywaniem mojêm, które polegało na obejrzeniu części, spajającego je błota pozbawionych. W ten sam sposób wyjaśnić się da różnica co do stanu przełyku; dolna część z narzędziami brzusznemi w związku zostająca i po oczyszczeniu z błota była dla mnie widoczna, górnéj części przy braku wszelkiéj muskulatury na szczęce górnéj i dolnéj w błocie rozlazléj już widzieć nie mogłem.

Na pytanie 3. Brzegi jamy brzusznéj były gładkie, cięte, rozwartość brzegów znaczna; rozwartość tę tłumaczę sobie w uwzględnieniu jéj wielkości brakiem kawałka, który został wyrznięty, gdy chirurg M. rozwartość tę za wynik zgnilizny uważał, nie uwzględniając, że i brak części płciowych u trupa zachodził. Uważam tedy brak części płciowych u trupa za w związku będący z brakiem kawałka skóry brzusznéj, gdy chirurg jedyny tylko brak części płciowych przyznaje. W rzeczywistości więc zachodzi różnica między mojêm zeznaniem a chirurga M. jedynie co do wielkości wyciętego kawałka.

Na pytanie 4. Cięcie wzdłuż brzegu macicy zostało poprowadzone przez jednego z obducentów, lecz nie mogę stanowczo orzec, czy ja, czy p. M. cięcie to przedsięwziął w celu dokładnego oglądania błony śluzowéj macicznéj i zbadania przyczyny zwiększenia macicy. Do oględzin tych nie użyto istniejących już szczelin w obawie, aby tak kształtu jak i powierzchni cięć nie zmienić i nie nadwerężyć, która to okoliczność przy znacznéj zgniliźnie macicy z łatwością nastąpić mogła.

Na pytanie 5. Chirurg M. zeznając, że wejrzenie skrwawionéj części mózgu było podobne do wejrzenia ogniska apoplektycznego, têm samêm przyznaje, że w téj części mózgu, ogniska apoplektycznego nie było, tj. zmiażdżenia istoty mózgowéj w skutek wynaczynienia krwi nie zauważył, czyli innemi słowy mówiąc, zgadza się zupełnie z mojêm zdaniem, iż w mózgu znachodziło się miejsce zakrwawione.

Rozprawa trzecia przed trybunałem przysięgłych odbyła się w Krakowie od d. 15—29 września 1885 r. i zakończyła się znów jednogłośnêm uznaniem winnymi wszystkich trzech oskarżonych i skazaniem ich po raz trzeci na śmierć przez powieszenie.

Przeciwko temu wyrokowi obrońcy wnieśli znów zażalenie nieważności. Zanim jednak zapadł wyrok ostateczny Sądu Najwyższego, jeden ze skazanych, Marceli Stochliński, umarł w więzieniu krakowskiém z gruźlicy płucnéj.

Tym razem Sąd Najwyższy zgodnie z jeneralną prokuratoryją państwa uchwałą z d. 3 marca 1886 r. zniósł wyrok Sądu krakowskiego oraz werdykt przysięgłych i orzekł, że małżonkowie Ritterowie uwolnieni zostają od zarzuconéj im zbrodni skrytobójstwa oraz od ponoszenia kosztów postępowania karnego, — w skutek czego na podstawie polecenia telegraficznego oboje po 4-letniém uwięzieniu jeszcze tego samego dnia na wolność puszczeni zostali. — W motywach wyroku powiedziano, że po szczegółowêm zbadaniu całego materyjału dowodowego Sąd Najwyższy nabył przekonania, że wątpliwości, wyluszczone w wyroku poprzednim, wcale nie zostały usunięte, oraz że i trzecia rozprawa nie dostarczyła momentów, któreby sprawę wyjaśniły. W szczególności nie została usuniętą sprzeczność w zeznaniach obducentów, przeciwnie Dr. Bieliński nie potwierdził podania chirurga Maydla co do przerwania łączności naczyń krwionośnych na szyi, ani nie zdołał wyjaśnić sprzeczności pomiędzy zeznaniem swojém a chirurga M. pod względem nacinania macicy śród obdukcyi. Tak więc pomimo rozprawy ponownéj nie zaszła żadna zmiana w kierunku przedmiotowéj istoty czynu. Resztę motywów, jako nas nieobchodzącą, pomijamy.

— *„En ce il doit estre caut, c'est à dire, ingenieux „à faire son prognostic, — ne rapportant les playes grandes „petites ny les petites grandes, — parce que les Jurisconsultes „jugent les plus souvent selon qu'on leur rapporte"*. Taką naukę daje przed 311 laty lekarzowi sądowemu autor pierwszego traktatu sądowolekarskiego, nieśmiertelny Ambroży Paré; rada ta jest wynikiem przeświadczenia o wielkiéj odpowiedzialności moralnéj lekarza sądowego, ponieważ na jego orzeczeniu Sąd opiera częstokroć swój wyrok. *Mutatis mutandis* uwaga ta zastósować się daje i do stosunku, jaki zachodzi pomiędzy orzeczeniem instancyi drugiéj sądowolekarskiéj, a orzeczeniem instancyi pierwszéj, albowiem i Wydziały lekarskie orzekają *„les plus souvent selon qu'on leur rapporte"*. Jeżeli więc orzeczenie Wydziału lek., wydane w sprawie Ritterów, nie jednemu z szan. Czytelników wydawać się będzie niestanowczém, a nawet chwiejném, niechaj to położy na karb chwiejnéj podstawy, na któréj Wydział był zmuszony oprzeć swe zdanie, jak to zresztą zauważył Sąd Najwyższy. W obec ważności sprawy Wydział nie szczędził czasu i trudu, aby znaleźć wyjście z labiryntu, a jeżeli mu się to nie zupełnie powiodło, pochodzi to ztąd, że przekonanie moralne nie zawsze idzie w parze z przekonaniem naukowêm, któremu dać wyraz Wydział lekarski jedynie jest powołany. Wydział nie jest Sądem przysięgłych, któremu wolno wydać werdykt na podstawie przekonania moralnego; Wydział winien werdykt swój uzasadnić w sposób ściśle naukowy, a pod tym względem napotkał trudności i wątpliwości, usunąć się nie dające.

Ponieważ jako sprawozdawca, który z obowiązku swego studyjować musiał gruntownie akta śledcze, i nad niemi ślęczył kilka miesięcy, dokładnie ze wszystkiemi szczegółami sprawy jestem obeznany, ponieważ następnie przez prawie ćwierć wieku z tysiącami spraw mając do czynienia w odczytywaniu aktów śledczych nabyć mogłem dostatecznéj biegłości a nawet przyswoić sobie pewnego sprytu kryminalistycznego, więc nie będę może posądzony o zarozumiałość, jeżeli wypowiem w końcu swoje zdanie o całéj téj nieszczęsnéj sprawie.

Otóż dla mnie nie ulega żadnéj wątpliwości, że Franciszka Mnichówna zginęła śmiercią gwałtowną, jak również nie wahałbym się wskazać osoby głównego i bezpośredniego sprawcy, a miałbym tylko wątpliwość, czy sprawca ten bezpośredni działał z namowy osoby jednéj lub dwóch, a

w pierwszym razie, czy osoba ta była płci mężkiéj lub żeńskiéj; sądzę bowiem, że zasada francuska „*cherchez la femme*“ i w tym przypadku nie jest pozbawioną ważnych podstaw.

Jeżeli zaś mimo to zapadł ostatecznie wyrok uwalniający od winy wszystkich obżałowanych, to na ten wynik składały się liczne okoliczności. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Higijena.

Metoda Pasteura.

Na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Paryżu d. 2 listopada 1886 Pasteur podał następujące daty: W przeciągu roku szczepił 1726 Francuzów, 191 Rosyjan, 165 Włochów, 107 Hiszpanów, 86 Anglików, 57 Belgijczyków, 52 Austryjaków, 25 Portugalczyków, 22 Rumunów, 18 Amerykanów, 14 Holendrów, itd. razem 2496 osób. Z 1726 Francuzów umarło 6 dzieci, 1 staruszka i 3 młodych ludzi. Pasteur doszedł teraz do przekonania, że w niektórych razach jego dotychczasowe szczepienie jest nieskuteczne i dla tego od 2 miesięcy szczepi innym sposobem. Stosuje on przedewszystkiém tę nową modyfikacyję w przypadkach ran na twarzy i głowie i szczepi o wiele energiczniéj niż poprzednio świeżym materyjałem. Pierwszego dnia szczepi o 11téj rano, o 4 po południu i 9 wieczór emulsyją mlecza pacierzowego z 12, 10 i 8 dnia. Na 2gi dzień o téj saméj porze z dnia 6, 4 i 2, na 3 dzień z 1 dnia. Na 4ty dzień szczepi na nowo z 8, 6 i 4 dnia, na 5ty dzień z 3 i 2 dnia, na 6ty dzień z 1go dnia, zaś na 7, 8, 9 i 10ty dzień szczepi emulsyją z mlecza z 4, 3, 2 i 1go dnia. W ten sposób podlegają chorzy 3 krotnemu szczepieniu w 10 dniach. Jeżeli rany jeszcze się nie zagoiły, wówczas można 2—3 dni wypocząć i na nowo kuracyję rozpocząć; szczepiąc dawną metodą stracił 6 dzieci, a zaszczepiwszy 10 dzieciom również silnie jak tamte pokąsanym nie doczekał się ani jednego przypadku śmierci, chociaż dzieci jeszcze w sierpniu rb. zostały pokąsane, czas więc wylęgania 4—6 tygodni już dawno minął. Z dotychczasowych wyników Pasteur jest zadowolony i metodą tą od 2 miesięcy szczepi.

Na posiedzeniu zaś Akademii Umiejętności w Paryżu z d. 20 listopada rb. Colin z Alfort poddał ostréj krytyce statystykę wyżéj cytowaną. W pierwszéj linii twierdzi C., że nie jest wcale rzeczą dowiedzioną, żeby ci, których szczepił Pasteur, byli istotnie pokąsani przez psy chore, ponieważ zwierzęta nie były potém obserwowane, a często przez ludzi zupełnie niekompetentnych były uznawane za wściekłe. Daléj dowiedzioną jest rzeczą, że z rzeczywiście pokąsanych nie wszyscy podlegają wściekliźnie. Wreszcie, że wielu z tych, których Pasteur szczepił, miało już ranę wypalaną żelazem lub innym środkiem żrącym, trudno więc wiedzieć, czy uzdrowienie swoje zawdzięczają wypaleniu, czy téż metodzie Pasteura. Że metoda Pasteura w niektórych razach zawodzi, to sam Pasteur przyznaje i sam we Francyi podaje liczbę zmarłych szczepionych 10—12, za granicą zaś około 34 przypadków śmierci. Chcąc się przekonać o skuteczności szczepień, należało pewną ilość wściekłych psów, np. 300, podzielić na 3 grupy, jednę pozostawić bez wszelkiego leczenia, u drugéj rany wypalać, a trzecią grupę leczyć metodą Pasteura, a wtedy dopiero można byłoby przekonać się, czy metoda Pasteura istotnie zabezpiecza od wścieklizny. Jeżeli, jak twierdzi Pasteur, jad, którym się szczepi, ma być bardzo silny, to czemuż nie można przypuścić, że samo szczepienie tym jadem może wywołać wściekliznę. Dr. Kesseler na posiedzeniu lekarzy w Petersburgu 26/10 rb. podał jeden przypadek, w którym młode dziecko zostało pokąsane przez psa wściekłego d. 4/7, już 10/7 było w Odessie szczepione, 21/7 po 10 szczepieniach zostało wypuszczone, a 14 sierpnia z wścieklizny umarło. W ogóle podczas dyskusyi nad tą kwestyją odzywały się głosy lekarzy rosyjskich, nieprzyznających metodzie Pasteura wyższości nad sposobem wypalania ran. (*Deut. med. Wochenschr.* Nr. 45 i 46). *Dr. Surzycki.*

(β) **Szerzenie się płonicy za pośrednictwem mleka.** W ostatnich czasach spostrzegano wielokrotnie w Londynie pewien rodzaj związku między pospólném pojawianiem się płonicy w niektórych dzielnicach a dowozem mleka, ale związku tego nie umiano sobie bliżéj wytłumaczyć. Pospolicie choroba występowała nasamprzód między zatrudnionymi przy gospodarstwie mleczném a szerzenia się jéj między konsumentami objaśniano sobie wprost nieprzestrzeganiem porządku i czystości, skutkiem czego jad płonicy mógł się dostawać z osób zakażonych, zajętych w przedsiębiorstwie, na mieszkańców poszczególnych dzielnic; nikomu nie przyszło na myśl, aby krowy były źródłem choroby. Jednakowoż w czasie jednéj z niedawnych epidemij zauważono, że dziwnym zbiegiem okoliczności choroba szerzyła się w tych dzielnicach, które pobierały mleko od kilku świeżo zakupionych krów. Dotąd stan zdrowotny w osadach, gdzie prowadzono przedsiębiorstwo mleczne na szeroką skalę, był całkiem zadowalający, ale kiedy płonica zaczęła pojawiać się właśnie u osób, które pobierały mleko od świeżo dokupionych krów, zwrócono na nie bliższą uwagę. Po bliższém zbadaniu pokazało się, że krowy te miały na wymionach, a nawet i na częściach owłoszonych, rodzaj pęcherzykowatego wyrzutu. Owrzodzenia te wkrótce zaczęły się pojawiać i u innych krów, a równocześnie płonica szerzyła się w dzielnicach dotąd nią niedotkniętych. Napozór krowy te nie różniły się wcale od zdrowych, a mleka dostarczały w obfitości. Kiedy zaprzestano pobierać mleko z osad, gdzie szerzyła się między krowami tego rodzaju zaraźliwa choroba skórna, równocześnie nie spostrzegano nowych przypadków płonicy. Jak dalece ścisły związek zachodził między powyższą chorobą u bydła a jawieniem się płonicy, najlepszy dowód daje fakt, jaki zdarzył się w sąsiedztwie jednéj z osad. Niezamożne rodziny mieszkające w pobliżu nabyły nie wiadomo bliżéj jakim sposobem. znaczną ilość mleka niezdatnego do użycia, jako pochodzącego od krów zarażonych. Po upływie tygodnia wybuchła prawie u wszystkich członków tych rodzin zjadliwa płonica, gdy tymczasem ci, którzy powyższego mleka nie używali, nie byli nią dotknięci. Kwestyję tę oddano do bliższego zbadania Drowi Kleinowi w instytucie Browna, stojącym pod zwierzchnictwem i zarządem uniwersytetu londyńskiego, a którego celem jest prowadzenie badań nad chorobami zwierząt, a zarazem śledzenie ich związku i stosunku do chorób ludzkich. Klein wykazał, że choroba, która pojawiła się w postaci wyrzutów na wymionach tychże. szerzy się przez bezpośrednie zetknięcie, a może być również szczepioną. W celu zbadania bliższéj przyrody tego jadu, Klein próbował hodowli na stósownych odżywkach. Otóż otrzymane z takich ciepłych hodowli mikrokoki przedstawiają się w postaci łańcuszkowatych tworów, bardzo podobnych do rodzaju *Streptococcus*, pojawiającego się w zarazie racicowéj. Oba te prątki w mleku bardzo obficie się rozmnażają, ale różnią się tém, że podczas kiedy pierwszy ścina mleko, drugi nie zmienia go wcale. W dalszym ciągu zaszczepiano dwom cielętom prątki pochodzące z hodowli otrzymanéj na Agar-Agar w trzeciém pokoleniu. Jedno z nich zdechło w 27 dni po szcze-

pieniu, znaleziono we wnętrzu, szczególnie na nerkach, zmiany zapalne całkiem podobne do zmian, jakie w płonicy pojawiają się u ludzi w odpowiednich narzędziach. U drugiego cielęcia znaleziono również podobne zmiany, a przytém wyżéj opisane wyrzuty skórne. Klein na mocy swych spostrzeżeń przychodzi do przekonania, że mleko pierwotnie nie zawiera wcale jadu, ale że jad dostaje się do mleka z wymion podczas dojenia krów. W mleku rozmnaża się on nadzwyczaj szybko a skutkiem spożycia takiego mleka dostaje się do ustroju człowieka. Badania w tym kierunku wcale nie są ukończone, ale spodziewać się można, że dalsze spostrzeżenia wyświecą niejeden fakt, dotąd nam niezrozumiały, a mając więcéj danych etyjologicznych co do téj jednéj z najgroźniejszych chorób zakaźnych, będzie można stanowczo obmyśleć stósowne środki zapobiegawcze. (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1876 Nr. 28).

(β) **Wpływ wilgoci na rozwój prątka wąglikowego** badał Soyka. Używał on w tym celu czystego piasku kwarcowego, składającego się z ziarn około 0·2 mm. w średnicy a o 38·8% porów.; do tego dodawał on odżywkę żelatynową z prątkami wąglika ale bez zarodników i to w ilości kilku odsetek. Raz jednakowe ilości (4 cm.) odżywki mięszał z różnemi ilościami przygotowanego piasku, innym znów razem dodawał do równych ilości tegoż (25 gr.) różne ilości odżywki. Mięszaniny powyższe przechowywane były zawsze w sterylizowanych naczyniach szklanych, przyczém dla porównania i kontroli wyników doświadczalnych osobno śledzono rozwój prątków w odżywkach żelatynowych, do których przeniesiono prątki, ale nie dodano wcale owego sztucznego gruntu. Tworzenie zarodników przy najrozmaitszéj ciepłocie badano w różnych odstępach czasu, i to albo za pomocą podwójnego barwienia, albo za pomocą ogrzewania kolbek przez 3—5 godzin do ciepłoty 80°C., w skutek czego zabijano wszystko z wyjątkiem zarodników. Jeżeli po wysianiu piasku dawały się spostrzegać charakterystyczne kolonije prątków wąglika, to naturalnie mogło to tylko powstać w skutek utworzenia się zarodników. Z doświadczeń w ten sposób czynionych okazało się, że w gruncie rozwój zarodków w krótszym przeciągu czasu następuje, niż w saméj odżywce żelatynowéj. Na rozwój znowu zarodników wpływa bardzo stopień wilgoci gruntu. Najszybciéj prątki rozwijają się, jeżeli pory gruntu zawierają 75—50 lub 25% wilgoci. Zresztą ciepłota odgrywa ważną rolę w rozwijaniu się prątków i tylko przy pewnéj ciepłocie występuje ich *maximum*, a w ogóle w pewnych granicach ciepłoty rozwój ich jest możebny, podczas gdy powyżéj i poniżéj tychże prątki giną. Szybszy rozwój prątków w gruncie według autora wywołuje zgęszczanie się tlenu w parach, który w ten sposób może silniéj działać, niż to w zwykłych warunkach ma miejsce. W ciepłocie 20—24° już w przeciągu 3ch dni można spostrzedz mnóstwo zarodników w użytéj do badania ziemi. (*D. Medicinal Ztg.*)

Choroby dzieci.

Balzer i Grandhomme: Kiłowe zapalenie płuc płodu i noworodków.

Kiła płuc, pomimo kilku ciemnych stron, dziś należy już do pewników nauki. Prace Virchowa, Cornila, Fourniera, Wagnera, Colominatiego, Malasseza i i. dały trwałe podstawy téj sprawie patologicznéj. Wiedza nasza o kiłowém zapaleniu płuc płodu i noworodków datuje od Depaula (1851), którego badania wywołały publikacyje Leberta, Rauviera, Virchowa, Cornila, Mollièra i Parrota; szczególnie obaj ostatni najwięcéj położyli zasług na tém polu. Balzer i Grandhomme wykonali pośmiertne badania w szpitalu Lourcine na licznych zwłokach nieżywo porodzonych płodów, oraz zmarłych noworodków, których matki cierpiały na zakażenie kiłowe, a wyniki ich sumiennych badań stanowią ważny przyczynek do sprawy kiły płuc. Wśród licznych terminów autorowie stale używają nazwy kiłowego zapalenia płuc, kierując się niezaniechaną doktryną swoistości przyczyn, która sprawy kiłowe nie zaliczała do zapaleń, lecz przyrodą zboczeń anatomicznych wywoływanych w zajętém płucu przez drobnotwory. Bałzer i Grandhomme są przekonani, że kiłowe zapalenie płuc jest sprawą analogiczną z zapaleniem zrazikowém płuc, powstającém w ostrych chorobach zakaźnych, jak odra, błonica itd. lub też zakaźnych z przebiegiem przewlekłym, jak gruźlica. Od natężenia, trwania i umiejscowienia sprawy zależą różne zmiany, jakie w płucach sprowadza kiła, przyczém analogija z zapaleniem płuc w innych zakaźnych chorobach jest uderzającą. B. i G. rozróżniają cztery obrazy kiłowego zapalenia płuc, posiadające swe odrębne cechy anatomiczne:

1. Zrazikowe zapalenie płuc świeże. Dział ten obejmuje sprawę przekrwienia płuca, tak zwanego śledzionowatego stwardnienia (*Splenisatio, Engouement).*

2. Zrazikowe zapalenie płuc o ogniskach rozsianych lub też skupionych w pasma prostopadłe na tylnéj powierzchni płuc. Dział ten odpowiada ostrawym postaciom zapalnym innych chorób zakaźnych.

3. Zrazikowe zapalenie płuc ze zwątrobieniem białém, bez rozstrzeni oskrzeli, odpowiadające zmięśnieniu innych zapaleń płuc.

4. Zrazikowe zapalenie płuc z rozstrzenią oskrzeli.

I. Dział pierwszy obejmuje zapalenie świeże i małego nasilenia, tak że bez zbadania drobnowidowego płuco ma wejrzenie prawidłowe, lub téż zdradza tylko przekrwienie. Pomijając szczegóły dotyczące matek tych płodów lub noworodków, oraz protokoły sekcyjne, przytaczamy tylko wyniki badania odnoszące się do płuc, które mają barwę sinawą (hortenzyja), posiadają liczne wybroczyny na tylnéj powierzchni; przekrój wykazuje przekrwienie znacznego stopnia, ogniska wybroczynowe powierzchowne i głębokie. Badanie drobnowidowe wykazuje obfite nacieczenie ścian oskrzeli komórkami zarodkowemi, sięgające do sąsiednich pęcherzyków płucnych, dalsze pęcherzyki są wolne. Przybłonek w oskrzelkach i pęcherzykach odłuszczony; odłuszczeniu towarzyszy silne przekrwienie, którego ślady widzimy w wybro zynach międzypęcherzykowych i międzyoskrzelowych, a nawet w ścianach naczyń, w których autorowie znaleźli bujanie utkania łącznego; we krwi tych naczyń nadmierne nagromadzenie ciałek białych krwi, które Willebuszewicz uważa za cechujące świeżą kiłę u dorosłego. Zatém zapalenie oskrzeli, złuszczające się zapalenie sąsiednich pęcherzyków, wybroczyny — w większości przypadków, stanowią zmiany kiłowego zapalenia płuc — w najwcześniejszéj dobie.

II. Drugi okres kiłowego zapalenia płuc przedstawia obraz nader zbliżony do zmian powstających w zapaleniu płuc w przebiegu innych chorób zakaźnych. Nacieczenie ścian oskrzelowych jest tak znaczne, że obfitość komórek zarodkowych zaćmiewa inne pierwiastki anatomiczne; ta sama sprawa naciekowa odbywa się w ścianach pęcherzyków płucnych, zwłaszcza w sąsiedztwie oskrzeli i opłucny; przybłonek w pęcherzykach przeważnie utrzymany; sprawa zapalna odbywa się w przestworach międzymiąższowych. Błona zewnętrzna ścian naczyń obficie nacieczona komórkami zarodkowemi, mniéj błona wewnętrzna. Przestwory chłonne,

szczególnie podopłucnowe i w około naczyń rozszerzone, wypełnione białemi ciałkami krwi i włóknikiem. Opłucna zgrubiała, naczynia jéj rozszerzone, utkanie łączne w stanie bujania. Obraz wyżéj przedstawiony nosi na sobie znamiona innych przyzakaźnych zapaleń płuc, a wyróżnia się słabém zajęciem pierwiastka przybłonkowego, natomiast przewagą zmian międzymiąższowych, skłonnych do wytworzenia twardzieli, oraz większém zajęciem sprawą naciekową ścian naczyń.

III. Do trzeciego działu zaliczają B. i G. te same zmiany, które odpowiadają zmięśnieniu płuca w innych zapaleniach, a które Virchow nazwał zwątrobieniem białém; sprawa zapalna usadowia się bądź w ogniskach rozsianych, bądź w pasmach na tylnéj powierzchni płuc, bądź pod postacią wrzekomo-płatową. Zabarwienie części zajętych różowawe, barwy łososia (Parrot), ogniska zapalne wystające, twarde, brak przerostu gruczołów jest cechującym ten okres kiły płuc; sprawa zapalna może posunąć się jeszcze daléj, do powstania ognisk serowatych, prawdziwych kilaków, które z biegiem czasu ulegają rozmiękczeniu i sprowadzić mogą jamy.

IV. Do działu czwartego należy przewłoczne zapalenie płuc, z zmianami twardzielowemi i rozstrzenią oskrzeli. Pomijamy cechy wspólne innym przewłocznym zapaleniom płuc, natomiast uwydatnić należy, że zmiany oskrzelowe mało zaznaczają się w oskrzelach o budowie chrząstkowatéj, najwybitniejsze są w częściach zrazikowych i międzyzrazikowych, a znowu maleją w rozgałęzieniach przypęcherzykowych. Marskość występuje w wypełnionych tkanką łączną przestrzeniach przyoskrzelowych, przyzrazikowych, w około tętnic i żył, z których pierwsze stopniowo zwężają swe światło, ostatnie zaś rozszerzają się znacznie.

Autorowie zakończyli swą rozprawę uwagami nad kiłą płucną w różnych latach chorego: zauważyli oni, że w ogóle kiła noworodków i płodu nie przebiega z typowemi okresami, tak że zaburzenia trzew odbywają się jednocześnie z objawami skórnemi, a nawet czasem te ostatnie poprzedzają pierwsze. Jestto zakażenie ogólne, ogarniające wszystkie tkaniny, i tak jak każde inne zakażenie, na drodze tych samych praw patologicznych, umiejscowia się i w płucach. Szczególną cechą kiłowego zapalenia płuc jest skłonność do wytwarzania tkanki łącznéj, do zmian w naczyniach płuc, a z drugiéj strony nierównie mniejsze zaburzenia przybłonkowe. Te cechy są szczególnie wybitne i pouczające u płodu, którego ustrój nie uległ żadnym drobnotworom; u noworodka, który oddychał i połykał, obraz nie jest równie jasnym z powodu ubocznych zmian, wywołanych drobnotworami. Kiła płuc u płodu i noworodka przebiega jako choroba zakaźna z charakterem o s t r y m, wywołuje ona rozległe zapalenia we wszystkich narządach (skóra, błony śluzowe, płuca itd.). U dorosłego kiła ma te same cechy ogólne co i u płodu, lecz przebieg jéj nie ma charakteru choroby zakaźnéj — ostréj; kiłowe zapalenie płuc ostre u dorosłych nie stało się pewnikiem naukowym. Dopiero trzeciorzędna kiła zagraża płucom u dorosłych, lecz w tym okresie ma ona cechę choroby zakaźnéj p r z e w ł o c z n é j, objawiającéj się rozsianemi ogniskami zapalnemi (zapalenie krtani, tchawicy, oskrzeli, kilaki w płucach itd.). Płuca w trzeciorzędnéj kile ulegają zapaleniom u dorosłych, a zmiany następowe są takie same, jak w kile noworodków i płodu. Idąc za podziałem Homolla, autorowie dzielą kiłowe zapalenie płuc u dorosłych na następujące odmiany: 1) Złuszczające się zrazikowe zapalenie płuc; 2) twardzielowe zrazikowe zapalenie płuc bez ognisk serowatych lub kilakowych, i 3) zrazikowe zapalenie płuc twardzielo-kilakowe, które jest najczęstsze z wyliczonych odmian u osób dorosłych. Zatém kiłowe zapalenie płuc u płodu i dorosłego jest sprawą tą samą w różnym przebiegu: ostrym u płodu, przewłocznym u dorosłego; a w ogóle kiłowe zapalenie płuc płodu i dorosłego z wyjątkiem cech właściwych kile nie różni się od zrazikowego zapalenia płuc innych chorób zakaźnych ostrych lub przewłocznych. (*Revue mensuelle des maladie de l'enfance.* 1886. Listopad).

Dr. A. Kwaśnicki.

Medycyna sądowa.

J a c o b s o n: O krwotoku z tętnicy oponowéj środkowéj.

Na podstawie 80 historyj chorób J. podaje uwagi swoje, z których powtarzamy najważniejsze: Zwraca nasamprzód uwagę na cienkość kości w części łuskowéj kości skroniowéj (gałąź tylna tętn. oponowéj), jako téż kąta przodkowego dolnego kości ciemieniowéj (gałąź przodkowa), zkąd się tłumaczy, że pęknięcia odleglejsze rozciągają się z łatwością i na tę część, i że względnie nieznaczny uraz pęknięcie tętnicy wywołuje. B e l l już wykazał, że uderzenie zadane w czaszkę może pociągnąć za sobą miejscowe oddzielenie się opony twardéj, które się wzmaga w skutek wynaczynienia się krwi, a T i l l a u x podaje, że w dołku skroniowym i tak opona twarda bardzo słabo przylega do kości. Na 70 przypadków 4 razy nie było wcale pęknięcia kości, 3 razy nie można go było wykazać, ponieważ chorzy wyzdrowieli, a na 63 przyp. złamań 48 razy istniało powikłanie ze złamaniem podstawy czaszkowéj; z tych 48 przyp. 19 razy nie było żadnego urazu mózgu. Z 70 obrażonych 25 wyzdrowiało a tylko 10 razy znaleziono znaczne zmiażdżenie mózgu, szczególniéj na częściach przeciwległych obrażeniu. Przedarcia pnia tętnicy są bardzo rzadkie, zazwyczaj pękają tylko drobniejsze gałązki, tak że pomimo obfitéj wybroczyny uszkodzenia w naczyniu często wykazać nie można. Za przedarciem tętnicy oponowéj przemawiają: przerwa wolna między urazem a wystąpieniem objawów, porażenie połowicze strony przeciwnéj, zboczenie tętna i oddychania. Afazyja przemawia za szerzeniem się wybroczyny ku przodowi, zboczenia czucia ze szerzeniem się ku tyłowi. Rozszerzenie źrenicy po stronie obrażonéj polega na upośledzeniu pnia n. okoruchowego a więc za dostaniem się wybroczyny na podstawę mózgu. Przerwę wolną na 63 przypadków spostrzegano u 42 chorych; może ona trwać kilka godzin, tak że obrażeni mogą chodzić, pracować itd., co pod względem sądowo-lekarskim wielce zasługuje na uwagę, ale też może wcale nie być przerwy, bo objawy wstrząśnienia przechodzić mogą wprost w objawy zaniku, jeżeli krew szybko występuje. Długość przerwy wolnéj zależy nie tylko od rodzaju obrażenia naczynia, ale także od zachowania się chorego (niepokój, praca, działanie środków podniecających) oraz od okoliczności, czy szczelina kostna umożebnia wydostanie się krwi z jamy czaszkowéj. Zachowanie się źrenic prawidłowe wyklucza głębszy udział mózgu, rozszerzenie znaczne obydwóch i brak oddziaływania świadczy o wielkim jego ucisku. (*Guys Hosp. Report* 1886, *Centralbl. f. Chir.* Nr. 48).

L. B.

S c h m i d b a u e r: O wpływie morfinizmu na poczytność.

Zmiany somatyczne, występujące w przebiegu przewłocznego zatrucia morfinem, są po największéj części dokładnie znane i opisane. Inaczéj ma się rzecz ze zmianami psychicznemi, które się pojawiają jako następstwo tego otrucia.

S. zabierając się do ocenienia tych zmian ze stanowiska sądowolekarskiego zestawił wszystkie cytaty odnoszące się do kwestyi w mowie będącéj z prac o otruciu morfinem, w końcu zaś przytacza własne zapatrywanie a mianowicie, że w sferze umysłowéj morfinisty nie można wykazać zmiany. „Morfinista myśli spokojnie i logicznie“. Zmiany odnoszące się do sfery umysłowéj dotykają jedynie strony etycznéj i moralnéj, morfinista okazuje upośledzenie energii, traci przywiązanie do rodziny i zamiłowanie do zawodu swego, a opuszczenie się takie może dojść do stanu, podobnego uderzająco do obłąkania porażennego. Chory taki dopuszcza się kłamstwa i kradzieży, zwłaszcza gdy się rozchodzi o zaspokojenie jego namiętności, Roue opowiada nawet o przypadku podobnym do opisywanych przypadków obłąkania moralnego.

Że nadużywanie morfinu nie wywołuje chorób umysłowych, dowodzi okoliczność, że na Wschodzie, gdzie nadużywanie makowca jest nader rozpowszechnione, nie zdarzają się przypadki chorób umysłowych częściéj aniżeli gdzieindziéj. Nie ulega wątpliwości, że osłabienie, jakiego doznaje organizm pod wpływem długotrwałego wprowadzania morfinu, nie może pozostać bez wpływu na przebieg czynności umysłowych. Morfinista pełni swoje obowiązki niejako połowiczo, lecz pomimo charłactwa, pomimo zobojętnienia względem spraw dotyczących swego zawodu, nie można mu odmówić poczytności i rozrządzalności. Nie stać go zapewne na wystąpienie samodzielne i energiczne i pytanie zachodzić może jedynie: czy w stanie przytłumienia czynności umysłowych, wywołanym przez nadużycie morfinu, w stanie, w którym morfinista staje się przystępnym dla wszelkich szkodliwych wpływów i obojętnieje dla swéj rodziny, nie może przedsięwziąć czynu, np. sporządzić zapisu lub spisać testamentu na korzyść osób, z którémi zetknął się przypadkowo. Co do tego pytania to obawa tego rodzaju może miéć miejsce w przypadku działania przewłocznego każdéj innéj trucizny (eteru, chloroformu itp.) i dla tego kwestyja niniejsza ma znaczenie ogólne. Stany podniecenia, w które popada morfinista pod wpływem dawki morfinu, mogą być tego rodzaju, że mofinista dopuszcza się czynu karygodnego; żadną miarą jednak nie można stanów tych oceniać tak samo jak np. stanu upojenia wyskokowego a to z tego powodu, że morfinista nie traci wśród podniecenia morfinowego swéj samodzielności i wolności sądu, co miewa miejsce wśród upojenia wyskokowego.

Tak tedy morfinizm ma tylko ogólne znaczenie sądowopsychijatryczne tak odnośnie do spraw cywilnych jakotéż i karnych, ale tylko o tyle, o ile morfinista jest pod wpływem euforyi morfinowéj lub charłactwa morfinowego. Wręcz przeciwnie ma się rzecz, jeżeli morfinista znajduje się pod wpływem odjęcia morfinu. W tym stanie przedstawia szereg przypadów jedynie z zakresu psychicznego. Wyjątkowy ten stan psychiczny, polegający na odjęciu choremu zwykłéj i koniecznéj dla niego podniety, cechuje się wybitną dążnością chorego do użycia morfinu; ta dążność jest jedynym jego celem, do którego dąży bez względu na środki i nie waha się popełnić zbrodni, aby dojść do niego. Stan ten rozpaczliwy, w którym chorzy dopuszczają się często zamachów samobójczych, porównać można jedynie z napadem obłędu opilczego; jakkolwiek i w tym stanie nie zawsze bywa chory pozbawiony woli i może myśleć logicznie, jak o tém świadczy przypadek opisany przez autora. *(Friedreichs Blätter f. ger. Med.*, 1886, V). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VII z dnia 27 października 1886 r.

Przewodniczący kol. Korczyński.

Obecni: Koll.: Głuziński, Jaworski, Łazarski i koll. Murdzieński, A. Rosner, Wachtel, Ziembiński.

1. W sprawie wyrabiania wody sodowéj higijenicznéj i leczniczéj kwaśnéj przez pp. Rzącę i Chmurskiego (zobacz protokół posiedzenia Tow. lekarskiego krak. z d. 20 października 1886). Komisyja uchwaliła przedstawić odpowiednie wnioski na posiedzeniu Tow. lek (patrz protokół z posiedzenia Tow. lek. z dnia 3 listopada 1886) co do sposobu popierania tego wyrobu.

2. W odstąpionéj przez Tow. lek. do załatwienia sprawie mleczarni p. Żeleńskiego z Grodkowic referował kol Jaworski jak następuje: Mleko ważném jest nietylko jako środek odżywczy ale także jako leczniczy. To téż pożądanémby było zapewnienie się, że tego artykułu można nabyć w pewnych miejscach w stanie odpowiadającym wymogom lekarskim. Zgłoszenie się p. Żeleńskiego, właściciela dóbr Grodkowic, jest dla tego ze wszech miar pożądaném. Nim jednak w tym kierunku coś stanowczego orzec będzie można, należałoby się przekonać o istotnym stanie rzeczy, a mianowicie:

a) Czy bydło użyte jest zupełnie zdrowe, jakiéj rasy, czém żywione, jak umieszczone.

b) Czy ludzie w mleczarni zajęci są zdrowi, czy można mieć rękojmię, że zawleczenie chorób zakaźnych przez użycie mleka z téj mleczarni jest zupełnie wykluczone.

c) Jakiéj jakości jest mleko, jakie przechowywanie tegoż i jak wielka produkcyja?

Aby w powyższych kierunkach sąd pewny powziąć i wydać można orzeczenie, należałoby wysłać na miejsce komisyję złożoną z weterynarza, chemika i lekarza, a mleko poddać rozbiorowi chemicznemu. Aby mieć gwarancyję, że mleczarnia trwale dobrze funkcyjonuje, należałoby dla przekonywania się o tém wysyłać co miesiąc na miejsce weterynarza i lekarza, nietylko w celu przekonywania się o dobrym stanie mleczarni ale i w celu podawania wskazówek. Ponieważ p. Żeleński ma opiniję racyjonalnego gospodarza, byłoby pożądaném zrobić temuż propozycyję fabrykacyi w celach leczniczych mleka zagęszczonego. Mleko zagęszczone jest wskazane w przypadkach, gdzie wprowadzać należy do ustroju znaczne ilości mleka, a to z powodu, że w ten sposób podaje się choremu całą ilość składników stałych, nie obciążając żołądka znaczną ilością wody, która znajduje się w każdém, chociażby najlepszém, mleku. Daleko dzielniejszą pożywką jest mleko zagęszczone w przypadkach histeryi, dyspepsyi nerwowéj itp., gdzie pokarmy w ogóle tylko w bardzo małéj ilości naraz podawać można, jak niemniéj w rozstrzeniach żołądka, zwężeniach odźwiernika, w niedowładzie mechanicznym żołądka, w nadmierném wydzielaniu soku żołądkowego i biegunkach, gdyż w małéj stosunkowo ilości pokarmu wprowadza się do żołądka części pożywne, odpowiadające znaczniejszéj ilości mleka. Zresztą i dla zdrowych mleko zagęszczone byłoby pożądane w podróżach, w dużych miastach, a nawet w zakładach kąpielowych, jeżeli podczas natłoku chorych trudno o dobry nabiał. Wnioski kol. Jaworskiego przyjęto i uchwalono wysłać na miejsce komisyję, którąby rzecz zbadała i na następném posiedzeniu wyniki swe przedłożyła. Do komisyi téj postanowiono zaprosić: doc. Dra Jaworskiego, prof. Dra Olszewskiego i Dra Walentowicza.

3. Kol. Murdzieński czyni wniosek, aby w obec dobrych wyników otrzymanych przy szczepieniu krowianką wyrobu pp. Freysingera i Kubickiego wpłynąć na pp. aptekarzy, aby takowi utrzymywali w świeżym stanie na składzie krowiankę krajową. Wniosek przyjęto i uchwalono udać się z prośbą w tym kierunku do gremijów aptekarskich.

4. Na wniosek Przewodniczącego uchwalono zająć się zbadaniem miodu, jako środka leczniczego, a to z uwagi, że środek ten w kraju wyrabiany zastąpić może w wielu przypadkach wino, tak często chorym polecane. Sprawą tą obiecali się zająć koll. Jaworski i Łazarski.

Doc. Dr. Głuziński, sekretarz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnéj praktykuje 85.671 lekarzy, pomiędzy którymi jest 2.432 kobiet; na 650 mieszkańców przypada 1 lekarz; w liczbie powyższéj jest 10.000 homojopatów, którzy mają 14 szkół homojopatycznych, 51 szpitali, 48 lecznic, 143 stowarzyszeń, 33 apteki i 22 dzienniki.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku krztuśca, 4 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 14—20 listopada umarło z ospy: w Warszawie 4, w Wiedniu, Pradze i Berlinie po 1, w Hamburgu, w Rzymie i w Paryżu po 2; w Budapeszcie 57, w Petersburgu 4. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 3. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 8, w Hamburgu 12, w Paryżu 27, w Londynie 18, w Petersburgu 10. Z odry umarło: w Berlinie 10, w Pradze 9, w Paryżu 24, w Londynie 33. Z płonicy umarło: w Warszawie 9, w Hamburgu 14, w Budapeszcie 21, w Londynie 33, w Petersburgu 10, w Odesie 20. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie i Petersburgu po 10, w Berlinie 40, we Wrocławiu 9, w Dreźnie 16, w Budapeszcie 18, w Pradze 12, w Paryżu 25, w Londynie 35, w Chrystyjanii 13. Z krztuśca umarło: w Londynie 18.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,6; we Lwowie 35,1; w Brodach 43,2; w Drohobyczu 38,4; w Kołomyi 35,4; w Przemyślu 16,6; w Stanisławowie 30,4; w Tarnopolu 31,0; w Tarnowie 30,5; w Czerniowcach 34,4; w Warszawie 25,7; w Poznaniu 14,5; w Wiedniu 21 2; w Salcburgu 21,1; w Gracu 34,9; w Tryjeście 29,6; w Insbruku 28,3; w Pradze 33,2; w Bernie 34,0; w Opawie 26,0; w Berlinie 20,2; we Wrocławiu 30,0; w Gdańsku 28,1; w Dreźnie 21,3; w Hamburgu 36,5; w Kolonii 20,0; w Lipsku 16,5; w Mnichowie 23,2; w Strasburgu 23,7; w Amsterdamie 21,5; w Bazylei 16,5; w Brukseli 23.5; w Budapeszcie 37,4; w Chrystyjanii 20.2; w Genewie 23,8; w Kopenhadze 20,2; w Londynie 17,4; w Odesie 32,8; w Paryżu 22,2; w Petersburgu 23,0; w Rzymie 18.9; w Stokholmie 18,0; w Wenecyi 19,0; w Zurychu 10.7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 grudnia. W sobotę d. 4 b. m. odbył się w obecności członków Wydziału lek. i licznie zebranych lekarzy i uczniów medycyny wykład próbny Dra Karola Żuławskiego, prymaryjusza oddziału dla obłąkanych w tutejszym szpitalu św. Łazarza. Uczyniwszy zadość wszystkim przepisom obowiązującym kandydat miał poruczony sobie przez Wydział wykład publiczny „O urojeniach“. Wykład był wszechstronnie opracowany i płynnie wygłoszony: to téż Wydział uznawszy go z zupełném zadowoleniem jako odpowiedni, po krótkiéj naradzie przyznał kandydatowi *veniam legendi* z psychijatryi a akt habilitacyjny przedłoży Wys. Ministerstwu Oświaty do zatwierdzenia. Tym sposobem psychijatryja, od czasu wydalenia się ztąd Dra Neussera na posadę dyrektora zakładu krajowego w Kulparkowie, u nas odłogiem leżąca, zapewne już od przyszłego półrocza będzie reprezentowaną w poczcie gałęzi lekarskich, wykładanych w Wydziale tutejszym.

* D. 7 b. m. odbył się uroczysty akt imatrykulacyjny uczniów Uniw. Jagiell. po przemowie pięknéj tegorocznego Rektora prof. Tarnowskiego. Nowoprzyjętych zostało: 47 teologów, 170 prawników, 119 medyków i 39 filozofów. W półroczu bieżącém zapisanych jest ogółem 1195 uczniów, a zatém o 129 więcéj niż w przeszłém półroczu zimowém.

* Wydział lekarski w Królewcu na posadę kliniczną, opróżnioną po Schönbornie, przedstawił w pierwszym rzędzie proff. Madelunga z Rostoku i Mikulicza z Krakowa. Po raz drugi w krótkim przeciągu czasu spotyka członka naszego Wydziału zaszczyt, że Niemcy przedstawiają go jako godnego do zajęcia katedry w większym uniwersytecie niemieckim. Nie wątpimy atoli, że prof. Mikulicz ani obecnie, ani w przyszłości Krakowa nie opuści.

* Rada szkolna krajowa poleciła „Higijenę szkolną Dra Żulińskiego“, wydaną przez Wydawnictwo dzieł lek. polskich w Krakowie do biblijotek szkół ludowych, szkół średnich, seminaryjów nauczycielskich i do biblijotek okręgowych.

* W zakładzie żętyczno-hydropatycznym w Jaworzu wykonano w ciągu téj jesieni wodociąg, który do całego zakładu doprowadza wyborną wodę z pobliskich wzgórz. W ten sposób uczyniono zadość potrzebie istotnéj zaopatrzenia zakładu w dobrą wodę do picia. — Zakład zdrojowo-kąpielowy w Żegiestowie również krząta się gorliwie około ulepszenia zakładu, a przedewszystkiém zajmuje się sprawą budowy łazienek i ulepszeniami w urządzeniu mieszkań.

* Z Dorpatu piszą nam pod d. 29 listopada: Wczoraj nastąpiło tu uroczyste odsłonięcie pomnika dla K. E. v. Baera. Pomnik wzniesiony został na t. zw. Domie (parku uniwersyteckim), ulany jest ze spiżu przez petersburskiego akademika Opiekuszyna. W zdumienie wprawiła świat tutejszy naukowy okoliczność, że ani jeden uniwersytet niemiecki nie przysłał nawet telegramu, podczas gdy uniwersytety rosyjskie przysłały bądź telegramy, bądź przedstawicieli (Petersburg prof. Wagnera, Helsingfors prof. Palniewa, Akademija lekarska prof. Owsiannikowa, Tow. geograficzne wiceprezesa swego Siemionowa itd.). Po rosyjsku przemówił i to tylko częściowo p. Siemionow, zresztą wszyscy po niemiecku. Obrzędu odsłonięcia dopełnił b. minister oświaty i kurator tutejszego okręgu naukowego p. Saburow a mowy wygłosili: prof. Rosenberg (w auli), rektor Aleks Schmidt i prorektor Dragendorff przed pomnikiem. — Na miejsce prof. Vogla (klinika chorób wewnętrznych) wbrew życzeniu Wydziału, który przedstawił prof. Schultzego z Heidelberga, obrany został tutejszy docent dyjagnostyki Karol Dehio, a spodziewają się lada dzień jego potwierdzenia z Petersburga. Dotychczas żaden przedmiot nie jest jeszcze wykładany po rosyjsku, ogłoszono już jednak, że z Nowym Rokiem na wydziale prawniczym wykład prawa karnego, cywilnego i państwowego będzie po rosyjsku, a niezadługo na Wydziale lekarskim medycyna sądowa, przynajmniéj częściowo, ma być wykładaną po rosyjsku. Antagonizm niemiecko rosyjski odbija się dotkliwie na Polakach. Niemcy formalnie znieść nas tu nie mogą i radziby swoję „*Ausrottungspolitik*“ i tu do nas stosować. — Przy Instytucie weterynarskim zawiązało się tu nowe stowarzyszenie polskie, składające się z 30 członków.

* D. 5 września 1887 r. o godzinie 12 w południe rozpocznie się 19 Zjazd międzynarodowy lekarski w Washingtonie. Protektorem Zjazdu jest Prezydent Stanów Zjednoczonych Cleveland, prezesem prof. Davis z Chicago, sekretarzem prof. Hamilton.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Prof. Heubner powołany został na katedrę pedyjatryi w Wydziale niemieckim w Pradze. — **Berlin.** Docent prywatny Dr. Friedländer otrzymał tytuł profesora.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali: lekarzem asystentem Dr. Walery Momidłowski w Krakowie, lekarzem starszym w armii czynnéj Dr. Izydor Szuchiewicz we Lwowie.

Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Józef Pochroń z Wierzchosławic, Jakób Saidenfeld z Mikołaja i Emil Piotr Zadurowicz ze Skorodnego w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Turynie umarł prof. Fedele Margary, jeden z najdzielniejszych reprezentantów nowoczesnéj chirurgii włoskiéj, założyciel archiwu dla ortopedyi, licząc lat 49.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 5: Widmanna: O ośrodkach w korze mózgowéj (dok.); Szadka: Kilka słów o leczeniu kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań soli jodowych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 48: Kosińskiego: Wycięcie nerki z powodu kamieni nerkowych. (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Elsenberga: Nowe 3 przypadki zaszczepienia gruźlicy noworodkom po obrzezaniu napletka: Heimana: O przedziurawieniu błony bębenkowéj (c. d.). Wolberga: Tyfus wysypkowy u dzieci (dok.).

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz. IV*: Rosenbuscha i Karlińskiego: O badaniu kliniczném kału (z kliniki prof. Korczyńskiego); Fabiana: O warunkach powstawania i znaczeniu kliniczném podwyższenia ciepłoty w gorączce (dok.); Krajewskiego: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w 1883 r. (dok.); Bielińskiego: Doktorowie medycyny promowani w Wilnie (dok.); Kijewskiego: Guzy hemoroidalne (dok.), — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 11:

Strzeszewskiego: O zrostach serca z osierdziem i o kostniakach osierdzia (dok.); Pacanowskiego: Nerwice żołądka (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Jaworskiego: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Przyczynek do klinicznéj mikroskopii zawartości żołądka; Heimana: O przedziurawieniach błony bębenkowéj (c. d.); Watraszewskiego: Wykaz statystyczny chorych, leczonych w szpitalu św. Łazarza w Warszawie w r. 1885. — W *Medycynie* Nr. 49: Kępińskiego: Trzy przypadki nowotworów oczodołu usuniętych za pomocą operacyi.

Redakcyja otrzymała

Dr. J. BARZYCKI, lekarz powiatowy w Rzeszowie: Szkice statystyczne o śmiertelności w Austryi z lat 8miu (1875—1882) ze szczegółowém uwzględnieniem Galicyi i W. X. Krakowskiego, Rzeszów 1886, in 8vo str. 65 i XIII tablic. (Cena 50 ct. Dochód czysty przeznaczony na fundusz wdów i sierot Tow. lek. gal.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15 bm. o godzinie 6éj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się dyskusyja nad wykładem docenta Dra Jaworskiego, poczém 2) Dr. Prus poda krotki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery i okaże prątki przecinkowe Kocha; wreszcie 3) odbędzie się wybór urzędników Towarzystwa lekarskiego na rok 1887.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 grudnia 1886. **№ 51.** Rok XXV.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 rok **dwudziesty szósty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Kilka uwag o skrzywieniach kręgosłupa.

Skreślił

Dr. Władysław Lesser,
docent chirurgii w uniwersytecie w Lipsku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

O ile badania kliniczne o parciu przepony zgadzają się z wynikami przecięcia n. przeponowego u zwierząt, o tyle rodzaj skrzywienia kręgosłupa u dzieci nie zawsze odpowiada wymaganiom teoretycznym. Nie trzeba jednak zapominać, że nierówność siły skurczania się obustronnych części przepony stanowi tylko jeden z warunków możliwych, wywołujących skrzywienie czyli skręcenie stosu kręgowego, że u człowieka inne warunki powstałe pod wpływem postawy i chodzenia zupełnie odmiennego jak u zwierząt, wielką mają doniosłość. A wpływ tych warunków tém więcéj przeważać będzie, jeżeli różnica w sile skurczania się przepony jest niewielką, tak jak u zwierząt, gdzie nie zdołano przy operacyi przeciąć wszystkich nerwów wchodzących w skład n. przeponowego, gdzie ubezwładnienie jednostronne przepony jest tylko częściowém, ograniczoném do przednich lub tylnych jéj części. — Powyższe warunki bardzo są różnorodne. Miękkość stosu kręgowego w krzywicy wywiera wielki wpływ w pierwszych mianowicie latach dziecięcych, gdzie bez wątpienia sposób noszenia dzieci przez matki lub niańki sprawia nie poziome położenie miednicy i w dalszym ciągu skrzywienie kręgosłupa. — Bardzo ważnym faktem jest także nierówna długość obydwóch odnóg dolnych, która o wiele więcéj napotykać się daje, aniżeli o tém dotąd myślano. I to jest powodem, że zbyt często w skrzywieniach kręgosłupa napotykamy krzywe położenie miednicy, gdzie *spina anterior superior* po jednéj stronie o kilka nawet centimetrów może się wyżéj znajdować nad linię pionową, niż po drugiéj stronie. A nawet w przypadkach równéj długości odnóg dolnych krzywe położenie miednicy może być wynikiem jednostronnego zwichnienia wrodzonego biodra, choćby nawet nie bardzo wybitnego. Ważną rolę odgrywa asymetryja miednicy, będąca skutkiem nienormalnego rozwijania się kości, wchodzących w skład miednicy. Fehling wykazał, że takie zmiany istnieją już u nowonarodzonego dziecka a nawet u płodu w macicy. Zdaje mi się, że te zmiany ważną odgrywają rolę jako warunki skrzywień kręgosłupa, mianowicie w formach, które przedstawiają się jako dziedziczne. Skrzywienia te po większéj téż części do powyższych zboczeń kręgosłupa zaliczyć trzeba.

Nierówność siły kurczenia się przepony, jako wyłączny warunek skrzywienia kręgosłupa w pewnych tylko granicach,

wywołuje zmiany postaci stosu kręgowego. Owe zmiany przedstawiają się jako t. zw. skrzywienie rozwojowe i występują zwykle w tym okresie wieku dziecięcego, gdzie u chłopców typ czysto przeponowy oddychania zamienia się na typ przeponowo-żebrowy, a gdzie u dziewcząt typ żebrowy zaczyna górować nad typem przeponowym. Owe objawy skrzywienia kręgosłupa w wieku rozwojowym dzieci bardzo często natrafiamy i dla tego mają one wielką wagę, że przy obecności innych warunków prędko z nich wytworzyć się mogą bardzo poważne i trudne do wyleczenia skrzywienia stosu kręgowego.—Ponieważ pierwotne zmiany pod wpływem nierównéj czynności części przepony nieraz mało są widoczne na pierwszy rzut oka, ważną jest rzeczą, aby nie tylko rodzina dziecka, ale i lekarz umiał się wcześnie poznać na pierwszych początkach skrzywienia. Warto wspomnieć o wskazówkach, które przy oględném badaniu nie trudno napotkać w przeważnéj części takich przypadków.

Przedewszystkiém wspomnieć muszę o asymetryi i nierównoczesności w oddychaniu obu części klatki piersiowéj, którą prawie bez wyjątku spotyka się i która bardzo często przedstawia się w formie arytmii oddychania do tego stopnia, że owe wężykowate ruchy klatki piersiowéj nie inaczéj jak *chorea respirationis* nazwać muszę.—Napotykamy ją często u dzieci z przerostem migdałów, gdzie oddychanie nosem niemożebne, tylko ustami się odbywa.

Niekiedy dzieci odczuwają bóle w klatce piersiowéj, które trudno umiejscowić i gdzie nie ma zmian w płucach, opłucny, sercu lub osierdziu itd. Badając prawie zawsze znalazłem zboczenie kręgosłupa, choć może nie bardzo wybitne, bo szczyt wyrostków ciernistych może przedstawiać jeszcze prostą linię, gdy tymczasem istnieje już skręcenie trzonów kręgowych z odpowiedniemi zmianami kształtu żeber, jak już o tém von Mayer wspomina. Oprócz rozszerzenia żył skórnych na grzbiecie na granicy części szyjnéj i części grzbietnéj kręgosłupa, bardzo często obserwować można mocniejszy zarost włosów na skórze, w całym przebiegu grzbietu po nad wyrostkami ciernistemi. Fakt ten podobny do zmian porostu włosów na odnogach, gdzie mięśnie i skóra przez dłuższe noszenie opasek gipsowych, lub przy sztywności sąsiednich stawów w skutek spraw zapalnych w tych ostatnich, okazują zanik mniéj lub więcéj wybitny.— Nieraz spotykałem jeden jeszcze fakt podobny, a mianowicie że dzieci, jak to sami rodzice nadmieniają, pocą się niezmiernie ale tylko w przebiegu wyrostków ciernistych kręgosłupa, co znowu w podobny sposób na odnogach z zanikiem obserwować można.

Powyższe wskazówki uważano jako ważne w celu wczesnego rozpoznawania skrzywień kręgosłupa.

Co się tyczy środków zaradczych i leczniczych, to wypróbowałem wszystkie prawie bez wyjątku i doszedłem do przekonania, że tylko wielkie doświadczenie i oględność ze strony lekarza daje wyniki lecznicze pomyślne i stałe. Wszelka jednostronność, wszelkie powodowanie się li tylko teoretycznemi poglądami prędko doprowadza do bardzo przykrego rozczarowania i braku zaufania ze strony publiczności. Nie ma dla mnie wątpliwości, że zacofanie, jakie wykazują metody lecznicze przy skrzywieniach kręgosłupa, polega na fałszywém często zapatrywaniu się na powstawanie i na dalsze skutki owych zboczeń. Nie inaczéj przedstawiać nam się powinny skrzywienia kręgosłupa, chociaż ogół ich oznak często jest zawiłym, jak zboczenia i zmiany kształtu w stawach i kościach, mianowicie odnóg dolnych. Gdzie skrzywienie kręgosłupa przedstawia się nieruchome i w formie postępowéj, nie będziemy używać elektryczności i gimnastyki, zanim przez suspenzyję w przyrządzie Sayrego i przez gorsety nie osiągniemy zmiany formy kręgów i ruchliwości odpowiedniéj w stawach stosu kręgowego. Przeciwnie w przypadkach t. zw. skrzywienia rozwojowego używanie gorsetów i innych przyrządów ortopedycznych zamiast powstrzymać zanik mięśni grzbietu i tułowia, przyczynia się do zgubnego powiększenia zaniku.

Rozpoznanie zboczeń kręgosłupa, jako głównie na skręceniu stosu kręgowego polegających, nadaje wielką ważność metodycznéj suspenzyi według metody Sayrego i wszelkim sposobom, ażeby za pomocą ćwiczeń gimnastycznych, lub za pomocą miesienia albo za pomocą pewnych przyrządów przeciwdziałać głównemu powodowi owych zboczeń. Wielką mają ważność, według mego doświadczenia, ćwiczenia rytmiczne w oddechaniu, mianowicie w przypadku pląsawicy oddychania, którą przez takie ćwiczenia usunąć można. Ale sami błądzą i innych w błąd wprowadzają ci, którzy, jak łatwo z najnowszéj literatury wykazać można, tylko miesieniem, albo tylko elastycznemi pasami leczą „z największém powodzeniem“ zboczenia kręgosłupa. Mianowicie przyrząd, wyrabiany przez Wolfermana w Strassburgu, według mego doświadczenia, bardzo małą ma wartość i tylko wyjątkowo i w bardzo lekkich przypadkach dobre daje wyniki, któreby bez przyrządu również dobrze osiągnąć można przez metodyczne ćwiczenia. — Jeżeli znowu inni tylko na mięśnie za pomocą miesienia chcą działać, to sami siebie łudzą, zapominając, że owo miesienie nie tylko na mięśnie, ale przedewszystkiém działa na żebra i na stawy kręgosłupa, nie różniąc się w rzeczywistości od sposobów leczniczych od dawna i wszędzie już dobrze znanych i używanych. Rozpoznawanie charakterystycznych zmian w postaci stosu kręgowego w jak najwcześniejszych okresach zboczenia, roztropność w wyborze środków zaradczych, a wreszcie cierpliwość ze strony lekarza i chorego jedyną dają rękojmię, że wyniki lecznicze skrzywień kręgosłupa w przyszłości chlubniejsze wykażą postępy, niż dotąd.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Jeżeli sprawa ta pod względem biegu swego i zakończenia przedstawia się tak bardzo podobną do sprawy Tisza-Eszlarskiéj, to podobieństwo to, — jak powiedziałem na wstępie, — polega głównie na tém, że jedna i druga sprawa w samym początku spaczoną została skutkiem najniepotrzebniejszego wprowadzenia motywu religijnego. Wiek 19ty za nadto jest światłym, aby dał wiarę podobnym baśniom a jeżeli znajdują się jeszcze jednostki, od uprzedzenia niewolne, to nawet i te jednostki, gdyby zasiadały na ławie sędziowskiéj, sądziłyby zapewne inaczéj, aniżeli się wyrażają w mowie potocznéj. Wprowadzenie atoli tego motywu wzniecilo fanatyzm z jednéj i drugiéj strony, a sprawa prostego zabójstwa, jak w Tisza-Eszlar, lub zwykłego morderstwa, jak w Lutczy, która w innych warunkach byłaby sądzoną spo-

kojnie i bez namiętności, nabrała nad wszelkie spodziewanie rozmiarów niezwykłych ze szkodą dla sprawy samej i dla sprawiedliwości.

Drugą okolicznością, która sprawę, o której mowa, spaczyła, było orzeczenie zbyt stanowcze, przekraczające granice znawcom lekarskim zakreślone, wydane przez obducentów, tém bardziéj uderzające, im mniéj ono wypływało z wyniku obdukcyi. Podnosząc ten zarzut przeciw pp. obducentom winienem atoli na częściowe ich usprawiedliwienie przytoczyć także co następuje: Badanie zwłok mocno gnijących należy do najtrudniejszych zadań lekarza sądowego, nawet doświadczonego, a im większe lekarz ma doświadczenie, tém ostrożniejszy jest w stanowczém wypowiedzeniu zdania, opartego na wyniku sekcyi, na takich zwłokach uskutecznionéj. Tylko ten lekarz, który często spotykał się ze zwłokami mocno gnijącemi, wie, że zwłoki takie w rozmaitych okresach rozpadu przedstawiają obrazy, urągające częstokroć opisom książkowym, że częstokroć widzieć można na nich zmiany, robiące wrażenie zmiany powstałéj za życia, i na odwrót, za życia wywołane, jak np. rany, zmieniają się nie do poznania. Nie potrzeba daleko szukać przykładu, ale który lekarz doświadczony jest w stanie na trupie mocno gnijącym rozróżnić z pewnością wynaczynienie krwi podskórne, za życia powstałe, od następstw nasiąknięcia pośmiertnego? Byłem raz w prosektoryjum wiedeńskiém świadkiem i rozjemcą takiéj sprzeczki pomiędzy dwoma lekarzami sądowymi, czy u topielca mocno gnijącego zmianę podejrzaną w pewném miejscu uznać należy za wynaczynienie lub nasiąknięcie i zwróciło to moją uwagę, że jeden z nich, o wiele mniéj doświadczony, bronił do upadłego wynaczynienia, podczas gdy drugi, pełen nadziei lekarz, niestety zbyt wcześnie dla nauki zmarły, przemawiał za nasiąknięciem i dowodził słusznie, że przynajmniéj stanowczo przypuścić nie można wynaczynienia, a tém samém obrażenia za życia powstałego. Od owego czasu, na mocy doświadczenia mego, coraz bardziéj utwierdza się we mnie przekonanie, że stanowczość w orzekaniu o przypadkach wątpliwych pozostaje w odwrotnym stosunku do doświadczenia orzekających. Nie dosyć na tém; w wysokim stopniu uwzględnić należy jeszcze stosunki, wśród których lekarz sądowy przystępuje do sekcyi na wsi, a mówię tu znów z wieloletniego własnego doświadczenia. Po jeździe czasem kilkomilowéj na nędznym wozie po okropnych drogach lekarz przybywa zmęczony, zziębnięty, zniechęcony na miejsce, gdzie czynność go czeka. Sekcyję zmuszony najczęściéj wykonać pod golém niebem, na deszczu lub skwarze, w najlepszym razie w ciemnéj chacie lub przewiewnéj stodole, nie mając stołu ani wody ciepłéj; czyż można w ogóle spodziewać się po jego czynności, w takich warunkach uskutecznionéj, takiego rezultatu, jakiego żądać mamy prawo od lekarza, wykonywającego sekcyję w prosektoryjum? W dwójnasób trudném więc było i zadanie pp. obducentów w przypadku, o którym mowa, ale mimoto nie można ich uwolnić od zarzutów, raz, że, jak już wspomniałem, orzekli w ogóle zbyt stanowczo, powtóre, że proste domysły, na niczém nie oparte, podali jako wnioski pewne, niby z wyniku sekcyi wysnute, jak np. twierdzenie, że Franciszka Mnichówna nie umarła na miejscu, na którém ją znaleziono, — że ją najprzód pozbawiono przytomności przez dwukrotne uderzenie narzędziem tępém a potém gardło poderznięto, — że ją skalpowano i że jéj wycięto zewnętrzne części płciowe dla zatajenia zbrodni, — a wreszcie i co najważniejsza, że wdali się w rzeczy wcale lekarza nie obchodzące, tłumacząc arcyniefortunnie wyjęcie płodu jakimś zabobonem złodziejskim, według którego „świeca zrobiona z niedonoszonego płodu jest pewnym sposobem do udania się kradzieży“ lub „że izraelitom wyjęcie płodu po śmierci matki jest nakazaném“, lub wreszcie twierdząc, nie wiedzieć na jakiéj podstawie, „że zwierzęta drapieżne w ogóle ciała włosem pokrytego nie czepiają się“, — przez które to nierozmyślne i gołosłowne twierdzenia oni właściwie i pierwotnie w błąd wprowadzili Sędziego i śledztwu całemu nadali kierunek niewłaściwy a dla sprawy szkodliwy.

A jednak właśnie dla tego uderzać musi tém bardziéj zgodność wielka pomiędzy treścią tego orzeczenia a zeznaniami Stochlińskiego. Zgodność ta daje wiele do myślenia. Znakomici lekarze sądowi słusznie mogliby się poszczycić orzeczeniem w tak trudnéj sprawie wydaném, gdyby takowe następnie znalazło potwierdzenie w przyznaniu się obżałowanego. Jeżeli zaś, jak powiedzieliśmy, w danym przypadku orzeczenie stanowcze nie wynika z koniecznością loiczną z premis danych, to jest z wyniku sekcyi, to orzeczenie to nie jest tém, czém być powinno, to jest umiejętném tłumaczeniem czynionych spostrzeżeń, lecz prostém, szczęśliwém a przypadkowém odgadnięciem prawdy, jeżeli za prawdę niezbitą zechcemy uznać to, co zeznał obwiniony. Ponieważ jednak trudno wierzyć w przypadkowe odgadywanie, więc z koniecznością nasunąć się musiała myśl, że pomiędzy orzeczeniem w mowie będącém a zeznaniem obwinionego istnieć musi inny jaki związek. Uderzyło nas, że na orzeczeniu nie znaleźliśmy ani daty podanéj przez pp. obducentów, co jednak mogło być prostém przeoczeniem, ani daty zapisanéj przez Sędziego przy odbiorze, co już nie licuje z porządkiem w urzędach przestrzeganym, i dla tego przypuściliśmy zrazu, że pp. obducenci orzeczenie swoje oddać mogli dopiero po przesłuchaniu obwinionego, przy którém był obecny jeden z nich, że więc mimowolnie może, ale pod wpływem tego zeznania pozostając, nagięli do niego i zastósowali swoje zdanie. Zapytany co do tego szczególu przez nas p. Maydl odpowiedział jednak stanowczo, że przypomina sobie dokładnie, iż orzeczenie oddaném zostało w 3 dni po sekcyi, a więc na 2 tygodnie przed uwięzieniem i przesłuchaniem Stochlińskiego. A zatém pp. obducenci nie mogli pozostawać pod wrażeniem i wpływem jego zeznania, ale zachodzi pytanie ważniejsze, czy na odwrót obwiniony nie pozostawał pod wrażeniem i wpływem orzeczenia lekarskiego? Faktem jest, że obwiniony przez owe 2 tygodnie pozostawał na wolności, zrazu nie będąc wcale podejrzany; mógł on więc słyszeć o treści orzeczenia, które zapewne nie pozostało tajemnicą, zwłaszcza z powodu podanych w niém motywów religijnych, a jeżeli jest prawdą, że żandarm aresztujący Stochlińskiego zadał mu z góry pytania: „kto bił, a kto rznął?“, to mimowolnie podsunął mu odpowiedzi w kierunku, wytyczonym przez orzeczenie, a do uzyskania tych odpowiedzi i całéj opowieści o szczegółach morderstwa nie potrzeba było wcale wymuszenia przez katowanie, w które nie wierzymy z téj prostéj przyczyny, że śladów tego męczenia nikt nie widział. Dodajmy do tego fakty, że w orzeczeniu powiedziano z góry, jako Mnichówna nie zginęła w parowie, lecz zkądinąd została przyniesioną, że po zlustrowaniu piwnicy Ritterów i uznaniu przez żandarmów, że morderstwo tam odbyć się mogło, nastąpiło uwięzienie tychże małżonków na 9 dni przed uwięzieniem Stochlińskiego, a geneza owéj opowieści romantyczno-tragicznéj o iście inkwizycyjném *auto-da-fé*, które odbyć się miało w piwnicy Ritterów, stanie się mniéj

zagadkową. W zupełną prawdziwość zaś téj opowieści ani na chwilę nie wierzyłem i do dziś dnia żadną miarą wierzyć nie mogę. Znam dokładnie literaturę sądowolekarską, znam wszystkie główniejsze sprawy kryminalne z rozmaitych Pitavalów, a nigdzie nie napotkałem przypadku, któryby przedstawiał jakąś analogiję do przypadku lutczańskiego, z wyjątkiem chyba również wiarogodnéj opowieści młodego chłopca o śmierci Estery Solymossówny w Tisza-Eszlar. Podobne historyje wylęgać się mogą tylko w mózgu niedorostka lub człowieka o takich pojęciach, jak wieśniaka moralnie podupadłego. Czyż na słowo jego można uwierzyć, aby człowiek, chcący pozbyć się kobiety, która stała mu się niewygodną, zwabił ją do piwnicy swojéj i to piwnicy wiejskiéj, ciasnéj, niskiéj i wcale nie głęboko położonéj, i zamiast wykonać czyn zamierzony w odosobnieniu, otoczył się świadkami, i to nietylko owym najętym pomocnikiem, który za kilkadziesiąt złotych oświadczył gotowość zamordowania własnéj swojéj krewnéj, ale co ważniejsza zawezwał do pomocy aż trzy kobiety, i to żonę swoją i dwie młodziutkie córki, i tą świtą otoczony przystąpił formalnie do egzekucyi na istocie wątłéj, do zgładzenia któréj przecież jeden człowiek, zwłaszcza w siekierę uzbrojony, aż nadto wystarczał! Ów człowiek wcale rozsądny, do ostatniéj chwili wypierający się wszelkiej winy, miałżeby tym razem być tak niesłychanie głupim, aby celem popełnienia zbrodni, którą człowiek o wiele mniéj rozsądny wykonywa zazwyczaj skrycie, otoczył się aż 4 świadkami czynu i naraził najniepotrzebniej na największe niebezpieczeństwo własną żonę i dwie niewinne córki, a za widownię czynności swéj obrał miejscowość, w któréj tyle osób zaledwie pomieścić się mogło i zkąd krzyk ofiary mógłby być słyszany? Nie dając wiary zupełnéj powieści Stochlińskiego, nie twierdzę atoli bynajmniéj, jakoby zeznanie jego miało być poprostu i ze wszystkiém zmyśloném! Niepodobna przypuścić, aby człowiek nieobłąkany wymyślił historyję, w któréj według własnego przyznania brał udział, za który mógł obawiać się kary śmierci; owszem mocno jestem przekonany, że Stochliński wiedział o szczegółach śmierci swéj krewnéj, i że śmierci jéj był nietylko współwinnym, ale najprawdopodobniéj bezpośrednim sprawcą, ale zarówno wiem z doświadczenia mego sądowolekarskiego, że zbrodniarz, przyznający się nawet do winy, rzadko kiedy wypowiada całą prawdę, tak że co najmniéj połowę jego zeznania należy przyjąć z wielką dozą nieufności. To też St. zrazu zeznał, że ręki swéj wcale nie przyłożył, późniéj przyznał, że Mnichównę uderzył siekierą w głowę, a wreszcie znów odwołał w sposób arcyniezręczny, i na wiarę już wcale nie zasługujący.

Jeżeli więc Wydział Lekarski na ostatnie pytanie Sądu odpowiedział, a inaczéj odpowiedzieć nie mógł, „że w protokole oględzin nie znalazł nic takiego, coby się sprzeciwiało sposobowi, w jaki Mnichówna według podania Stochlińskiego zamordowaną została“, to nie ulega wątpliwości, że również przeczącą byłaby jego odpowiedź, gdyby Sąd był zapytał się, czy w protokole oględzin znalazł coś takiego, coby się sprzeciwiało przypuszczeniu, że Mnichówna w inném miejscu i w inny sposób zamordowaną została, aniżeli to podał Stochliński.

Pytam się bowiem, czy cokolwiekbądź przemawia przeciw przypuszczeniu, o wiele prawdopodobniejszemu, że Mnichówna zwabiona do odległego od wsi parowu tam zamordowaną została? Wszakże już przysięgli rzeszowscy, uwolniwszy od wszelkiéj winy dwie córki Ritterów, dowiedli tém samém, że wiary bezwzględnéj do podania Stochlińskiego nie przywięzują, a w ostatniéj rozprawie krakowskiéj już nie położono nacisku na piwnicę, jako miejsce dokonanéj zbrodni. (Dok. n.)

III. Sprawozdanie za rok 1884 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych prymaryjusza i docenta Dra Zarewicza.

Podał

Dr. Rośoiszewski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

---

3. Kiła późna. Téj leczono 17 przypadków u mężczyzn a 12 u kobiet, ogółem 29 przypadków, z których wyleczono 13 mężczyzn, 10 kobiet, razem 23 przypadków, 1 męż. i 1 kobieta wyszli niewyleczeni, 2 m. i 1 kobieta, razem 3 chorych zmarło, a pozostał w leczeniu na rok następujący 1 mężczyzna. Na szczegółowe opisanie zasługują przypadki ze zejściem śmiertelném.

1. W. N., lat 28 liczący, wyrobnik, przyjęty został w d. 13 lutego 1884. Chory twierdzi, iż już od długiego czasu nie spółkował, uskarżał się na chrypkę, znaczną duszność i ustawiczny kaszel, obok znacznego upadku sił i zupełnego braku łaknienia. Badanie wykazało rozległe zmiany gruźlicze płuc i owrzodzenia kilakowe, obok nierozpadłych guzków kilakowych w rowku zażołędziowym i na brzegu napletka. Z powodu zaś znacznéj duszności, a z tego powodu utrudnionego badania wziernikowego krtani, bliższe oznaczenie zmian w krtani było prawie niemożebne. Temperatura wieczorna wynosiła wieczorem między 39° a 39·5°C. a niekiedy dochodziła do 40°C., ranna między 38° a 38·5°C. Tętno drobne do 120 uderzeń. Twarz sina, odżywienie złe. Choremu zalecono chinin, wino, podawano środki wykrztuśne, a przeciw zmianom na prąciu polecono przylepiec rtęciowy. Opierając się na poprzednich historyjach choroby zanotować wypada z przeszłości chorego następujące szczegóły: W r. 1881 przyjęty został po raz pierwszy na oddział chorób wenerycznych w d. 6 lutego z wrzodem stwardniałym pod napletkiem z następową stulejką, gruczoły pachwinowe były po obu stronach w sposób właściwy wrzodowi pierwotnemu zajęte. Odżywienie złe. Leczenie było miejscowe, obok dobrego odżywienia chorego. Wrzód trwał od miesiąca. W d. 17 lutego wystąpiły plamy syfilityczne z początku w małéj ilości, następnie zaś (23/2) obficie. Gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone. Polecono leczenie wyczekujące. Plamy do dnia 8 marca ustąpiły, a skoro więcéj zmian nie wystąpiło i wrzód pod napletkiem się wygoił, chory w dniu 19 marca opuścił szpital. Po raz drugi chory przyjętym został w d. 20 września r. 1881 z powodu kłykcin sączących na migdałkach, powiększonych gruczołów pachwinowych po obu stronach i szankrów (wrzodów miękkich) w rowku zażołędziowym i na skórze prącia w tylnéj jego powierzchni w pobliżu nasady i na mosznach. Również kilka drobnych szankrów przez dobrowolne przeszczepienie się powstałych znajdowało się na żołędzi. Odżywienie chorego lubo się nieco poprawiło, zawsze jednak było liche. Zmiany w jamie ustnéj leczono za pomocą pędzelkowań roztworem wyskokowym sublimatu i płukaniami, szankry wypalano zgęszczonym roztworem siarkanu miedziowego. W przebiegu leczenia chory zaszczepił sobie szankra na palcu ręki lewéj. W d. 14 października 1881 chory szpital opuścił, od tego czasu chorego nie widzieliśmy, aż do chwili obecnéj, gdzie po 12-dniowym

pobycie w szpitalu w d. 26 lutego 1884 umarł. Sekcyja wykazała: *Phthisis pulmonum tuberculosa, cavernae bronchiectaticae insignes apicum. Peribronchitis tuberculosa caseosa et fibrosa pulmonis utriusque. Infiltratio tuberculosa diffusa totius fere pulmonis sinistri. Pleuritis fibrosa dextra et fibrinosa recens sinistra. Hyperplasia insignis glandularum bronchialium. Ulcera tuberculosa laryngis, ulcera tubercul. incipientia intestini crassi. Degeneratio amyloidea diffusa hepatis. Tumor lienis recens. degeneratio amyloidea et melanosis lienis disseminata incipiens. Hyperaemia passiva renum. Catarrhus intestinorum et ventriculi chronicus. Echinococcus dehiscens lobi dextri hepatis.*

2. Drugi przypadek ze zejściem śmiertelném dotyczył mężczyzny 45-letniego, u którego rozpoznaliśmy kilaka w mózgu, gdy tymczasem sekcyja wykazała śródbłoniaka opony twardéj na podstawie czaszki z następowym uciskiem lewéj części mostu Varola.

3. Trzeci przypadek dotyczył kobiety K. Z., lat 44 liczącéj wyrobnicy, która w dn. 11 września przyjętą została. Chora ta przeniesioną została z oddziału chirurgicznego z wrzodami syfilitycznemi szerzącemi się, obok nierozpadłych jeszcze kilaków skórnych. Zmiany te znajdowały się na twarzy, na części głowy porosłéj włosami, w okolicy zgięcia łokciowego lewego, na udzie prawém i na obu przedudziach. Obok tego stwierdzono zapalenie płuc po stronie prawéj, rozległy nieżyt oskrzelowy, silne rozwolnienie, miażdżycę tętnic, białko w moczu, obok tak znacznego osłabienia, że o bliższych szczegółach anamnestycznych tyczących się przebiegu kiły myśleć nie można było. Wywiady uzupełniliśmy na podstawie naszych poprzednich historyj chorób. Choréj podawano wino, chinin, napar ipekakuany a przeciw zmianom syfilitycznym opatrunek jodoformowy. Z historyi chorób dowiedzieliśmy się, iż po raz pierwszy chora przyjętą została na oddział chorob wenerycznych w dniu 28 września r. 1880 z powodu kłykcin sączących na migdałkach, w kącie ust lewym i nieznacznych kłykcin sączących na wargach wstydliwych, gruczoły powiększone były na karku i w pachwinach w średnim stopniu. Po usunięciu tych zmian przy leczeniu miejscowém chora wypuszczoną została w d. 13 października t. r. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż chora została zarażoną przez swego męża. W d. 2 listopada r. 1880 chora powróciła do szpitala z chrypką, z jedną kłykciną sączącą w kącie ust i kłykcinami sączącemi w formie ekskoryjacyj na wargach wstydliwych, powiększenie gruczołów było nieznaczne. W krtani napotkano tylko zaczerwienienie błony śluzowéj chrząstek nalewkowych i zaczerwienienie więzadeł głosowych. Po leczeniu wewnętrznem i miejscowém chora w d. 11 listopada wolna od zmian szpital opuściła. W d. 17 stycznia r. 1881 przyjętą została do kliniki chorób wenerycznych, gdzie stwierdzono wysypkę barwikową (Fourniera), wypadanie włosów i chrypkę z powodu zaczerwienienia błony śluzowéj tylnéj części krtani i niedomykanie więzadeł głosowych. Zalecono wcierania z 3 grm. szaruchy i jodek potasu, obok leczenia miejscowego. Po 12 wcieraniach zmiany ustąpiły, w czasie wyjścia ze szpitala w d. 21 marca 1881 odżywienie było mierne, a chora straciła na wadze 8 funtów. Tyle co do przeszłości choréj. Tym razem chora po 3-dniowym pobycie w szpitalu zmarła w dniu 13 września 1884 r. Sekcyja wykazała: *Syphilis ulceroso-serpiginosa et gummosa cutis, cruris utriusque, femoris dextri, reg. cubitalis sinistrae, faciei et capitis. Peribronchitis fibrosa chr., bronchitis diffusa, emphysema, oedema acutum pulmonis utriusque. Pneumonia crouposa partim in stadio hepatisationis rubrae, partim in stadio hyperaemiae lobi super. et partis poster. lobi infer. pulm. dextri. Pleuritis fibrosa bilateralis levioris gradus. Atrophia cordis fusca, processus atheromatosus aortae et arter. coron. cordis. Atrophia marantica hepatis, tumor lienis chron. recrudescens. Nephritis interst. chron. disseminata et atrophia marantica renum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chr. levioris gradus. Prolapsus vaginae et incompletus uteri. Pachymeningitis haemorrhagica diffusa levioris gradus ad convexitatem cerebri. Marasmus summus.*

d) Kiła dziedziczna. Kiły dziedzicznéj leczono 5. przypadków, z czego cztery przypadki wyszły uleczone, a jeden zmarł. Przypadek ten jest następujący:

W dniu 9 czerwca r. 1884 przyjętą została na nasz oddział chora F. W., lat 32 licząca, wyrobnica, z 3-miesięcznem dzieckiem płci żeńskiéj. Choroba dziecka trwać ma od miesiąca. Matka zbadana prócz lekkiego powiększenia gruczołów barkowych i pachwinowych nie okazywała żadnych zmian, z zapisków jednak szpitalnych przekonaliśmy się, iż w r. 1882 leczona była na oddziale naszym z powodu wrzodu stwardniałego i kłykcin sączących na dolnéj wardze ust. U dziecka znaleźliśmy odżywienie dość dobre. Na czole znajdowały się płaskie do wielkości soczewicy dochodzące guzki na powierzchni, pokryte płaskim pęcherzykiem, w środku na strupek się przeobrażającym. Po zewnętrznéj stronie odnóg górnych gęste, płaskie, złuszczające się guzki. Na wardze ust dolnéj i na końcu języka kłykciny sączące. Sapka. Na około części płciowych i na wargach wstydliwych płaskie guzki o powierzchni ekskoryjowanéj. W okolicy krzyżowéj nieregularne, płytkie owrzodzenia do wielkości 4 centów dochodzące. Na podeszwach i dłoniach guzki złuszczające się, pięty sino-czerwone, połyskujące. Z początku rozpoczęto leczenie wewnętrzne kalomelem obok leczenia miejscowego, skoro jednak po 8 dniach nie widać było żadnego polepszenia przeszliśmy do leczenia wcieraniami stosując na dawkę 1·50 szaruchy. Po 9 wcieraniach zmiany w przeważnéj części ustąpiły a odżywienie i cera dziecka znacznie się poprawiły. W d. 3 lipca zauważono, iż dziecko staje się niespokojném, krzykliwém, niechętnie ssie, temperatura ciała podniosła się. Wkrótce potém wystąpiły na czole, na szyi, na klatce piersiowéj, na grzbiecie tułowia, daléj na odnogach górnych i dolnych pęcherzyki rozmaitéj wielkości, wiotkie, cieczą surowiczo-ropiastą wypełnione, otoczone skórą stosownie do wielkości w mniejszym lub większym rozmiarze zaczerwienioną. W następnych dniach niektóre doszły do wielkości talara. Pęcherze na grzbiecie ułożone i większych rozmiarów okazywały rozległe zaczerwienienie i dość znaczne obrzmienie skóry. Sądząc ze zachowania się pacyjenta zmiany te przy dotyku były bolesne. Dłonie i podeszwy były wolne od zmian. W cztery dni późniéj wystąpiły ponownie świeże wykwity mniejszych jednak rozmiarów. Równocześnie skóra dziecka zabarwiła się żółto, niepokój większy, oddechy stały się przyspieszonemi, dziecko pokaszliwało. Po lewéj stronie stwierdzono zapalenie płuc, z powodu którego dziecko w dniu 10 lipca 1884 zmarło. (Wcierań zrobiono 17, gdyż z chwilą pojawienia się gorączki zaniechano tychże.) Sekcyja wykazała: *Pleuro-pneumonia crouposa in stadio hepatisationis rubrae totius lobi infer. et in stadio hyperaemiae part. poster. lobi super. pulmonis sinist. Bronchitis diffusa, oedema acutum pulmonum. Tumor lienis chron. Degeneratio adiposa cordis et renum. Icterus catarrhalis. Pemphigus.*

Jeżeli ilościowo zestawimy wszystkie cztery postacie

kiły okaże się, iż w roku 1884 leczyliśmy na kiłę 147 m., 210 k., ogółem 357 chorych; z tych wyszło wyleczonych 127 m., 194 k., ogółem 321 chorych, wyszło nieuleczonych 3 m., 1 k., razem 4 chorych, zmarło 2 m., 2 k., razem 4, a pozostało w leczeniu 15 m., 13 k., razem 28 chorych. Kiła stanowiła 39·6% wszystkich leczonych chorych, a 61·87% chorych wenerycznych. Szanker stanowił 4·31% wszystkich leczonych chorych, a 6·93% chorych wenerycznych. Rzeżączka stanowiła 20·02% wszystkich leczonych chorych, a 31·19% chorych wenerycznych leczonych w r. 1884. Okazuje się, że liczebnie kiła była w roku 1884 tak z pomiędzy chorób ogółem leczonych jak i chorób wenerycznych, najczęstszą chorobą. Co do chorób wenerycznych znacznie była częstszą od rzeżączki, a szanker (wrzód miękki) w obec kiły stosunkowo był nawet rzadkiém cierpieniem.

C. Choroby skórne. Na choroby skórne leczono w r. 1884 mężczyzn 132, kobiet 99, ogółem 231 przypadków, z których wyszło wyleczonych 112 m., 90 k., razem 202. Niewyleczonych, albo raczéj wypuszczonych dla braku miejsca, wyszło 16 mężczyzn, 4 kobiet, ogółem 20 przypadków. Ze wszystkich chorób skórnych najczęstszą chorobą był świerzb, którego leczono 132 przyp. (77 m., 55 k.) Świerzb był z tego powodu najczęstszą chorobą, iż żadnemu z tego rodzaju chorych nie odmawiano przyjęcia w szpitalu. Choroby skórne stanowiły 0·25 część wszystkich chorób leczonych.

IV. Rzadki przypadek porodu bliźniąt będących rozmaitego okresu rozwoju.

Spostrzegał

Dr. Talko Iłgowski Hryncewicz.

Jeżeli opisany niedawno przypadek przez H. Fruithighta z Nowego Yorku (*Rundsch.* 10, H. 85) należy do rzadkich w położnictwie, gdzie kobieta w 7mym miesiącu ciąży urodziła płód nieżywy 3 miesięczny, wysuszony, który jako nieżywy musiał przez trzy miesiące pozostawać w macicy, nim go kobieta urodziła, to o wiele jest rzadszy i ciekawszy przypadek obserwowany przezemnie niedawno w praktyce prywatnéj, gdzie niewiasta wydała na świat bliźnięta pozostające w rozmaitych okresach rozwoju.

W dniu 28 czerwca rb. rano byłem wezwany w Zwinogródce do położnicy starozakonnéj Chajki Fajmanowej, którą jako pacyjentkę znam od lat dziesięciu. Chora w wieku lat do trzydziestu, wzrostu średniego, silnéj budowy ciała, krępa, miesiączkowała po raz pierwszy w 12tym roku życia, za mąż wyszła w 18, przebywała dziesiąty poród; przed pięciu laty przez długi czas cierpiała na gościec, którego przyczyną było prawdopodobnie wilgotne pomieszkanie na wpół w ziemi w nizinie nad samą rzeką, z powodu którego przez lat parę leczyła się morskiemi kąpielami w Odesie, leczyła się też często z powodu wracających zimnic, grasujących w miejscowości endemicznie. Po ostatnim zaś połogu odbytym w r. 1882 leczyła się kilka miesięcy z powodu nieżytu macicy połączonego z objawami silnego macinnictwa, przed parą laty po wyzdrowieniu z duru brzusznego była zupełnie zdrową; kiły ani chora, ani jéj mąż nie przebywali.

Ostatnia ciąża zeszła szczęśliwie i przez cały czas jéj trwania nie uskarżała się na jakiekolwiek przypadłości, nie miała ani bólów ani krwotoków. W dniu 26 czerwca wieczorem urodziła lekko dziecko żywe i donoszone płci męzkiéj, podczas porodu odpłynęła znaczna ilość wód płodowych a po wydaleniu łożyska dużo krwi. Po porodzie czuła się dobrze przez cały dzień następny; w nocy z dnia 27 na 28 czerwca zaczęła uczuwać silne bóle w brzuchu, w krzyżach i w stolcu, które powtarzały się i dnia następnego, co chorą skłoniło mnie zawezwać. Przed mojém przybyciem jednak urodziła pacyjentka płód drugi a w krótce po nim odeszło drugie łożysko. Płód ten był nieżywy, wysuszony, długości 9 cm., płeć jego męzką można już było rozpoznać. Łożysko jego było przeistoczone włóknikowo i po części stłuszczone. Przybywszy do chorej już po porodzie przemyłem przewód rodny rozczynem wodnym sublimatu (1:1500) celem zapobieżenia możliwemu zakażeniu. W dni kilka późniéj położnicę widziałem zupełnie zdrową.

Przypadek opisany daje się wytłumaczyć w ten sposób, że u kobiety ciężarnéj bliźniętami jeden płód po trzech miesiącach życia zmarł (z przyczyn niewiadomych), drugi zaś rozwijał się daléj do końca ciąży.

V. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Cybulski i Mikulicz: O fizyjologicznem zachowaniu się przełyku i mechanizmie połykania u człowieka.

Korzystając z przypadku mięsaka krtani i połyku leczonego w klinice chirurgicznéj krakowskiéj, w którym po wyłuszczeniu nowotworu powstała w przedniéj ścianie szyi jama mieszcząca w sobie ujścia tchawicy i przełyku bezpośrednio dla oka dostępne, przedsięwzięli autorowie szereg doświadczeń, których wyniki rzucają nowe światło na stosunki fizyjologiczne przełyku i mechanizm ruchów połykowych. Już przy pierwszych badaniach przełyku w r. 1884 za pomocą własnego przyrządu w tym celu obmyślanego, t. j. esofagoskopu, zauważył Mikulicz, że część piersiowa przełyku wbrew dotychczasowym zapatrywaniom stoi otworem (Mikulicz, *Über Gastroskopie u. Oesophagoskopie* Wien, 1881) a przełyk podlega trojakiego rodzaju ruchom, t. j. oddechowym, pulsacyjnym i ruchom robaczkowym. Niebawem udało mu się odróżnić nadto jeszcze ruchy oscylacyjne w przełyku, odbywające się samoistnie i niezależnie od poprzednich. Nader przyjazna sposobność bezpośredniego badania przełyku z ominięciem jamy ustnéj i połykowéj u nadmienionego chorego, skłoniła do skontrolowania i rozszerzenia wpierw już poczynionych spostrzeżeń.

Tak bezpośrednia obserwacyja, jakoteż próby dokonane przez zapuszczanie w głąb przełyku kul ołowianych na katgucie, stwierdziły, że część piersiowa przełyku przedstawia kanał otwarty, zawierający powietrze, którego otwór górny lejkowato zwężony, chwilowo zamyka się w czasie połykania. W stanie nieczynnym okazuje przełyk obok ruchów oddechowych, jeszcze lekkie ruchy drgające, które można było widzieć zwłaszcza przy badaniu wziernikiem krtaniowym.

Przejście płynów i powietrza do żołądka przez część piersiową przełyku dokonywa się całkiem biernie bez udziału ruchów połykowych.

Wyjście gazów z żołądka natrafia na znaczny opór, tak że dopiero przy obniżeniu parcia do — 30—35mm. rtęci udało się po zastosowaniu przyrządu ssącego wydobyć około 400 sześc.cm. gazów, zawierających gaz kwas węglowy.

Parcie ościenne mierzone manometrem przez wprowadzenie do przełyku rurki szklanéj otoczonéj w pośrodku pęcherzykiem elastycznym, który można przez nadmuchanie powietrzem rozszerzyć aż do zupełnego zamknięcia górnego

otworu przełyku, wynosi według podania autorów przy silnym wydechu + 10, przy wdechu — 8. Przy spokojnèm oddechaniu jest ono jednak ujemne — $\frac{1}{2}$ do — $1\frac{1}{2}$, przy połykaniu staje się dodatnièm i wynosi + 20, jak również przy kaszlu, kiedy dochodzi do + 50.

Parcie ościenne w przełyku zamkniętym tak z góry, jakotéż od dołu przy pomocy rurki o dwóch pęcherzykach gutaperkowych liczy przy wdechu—3 do—8 przy wydechu + 3 do + 8, podczas kaszlu i głębokich wydechów wzrasta parcie dodatnie od + 30 do + 40.

Badanie ruchów połykowych za pomocą cewników, kończących się pęcherzykami gutaperkowemi i połączonych z poligrafami Mareya wykazało, że cały akt połykania, trwający około 14 sekund podzielić można na okresy odpowiadające pojedynczym odcinkom drogi przewodzącéj pokarmy do żołądka, które różnią się między sobą tak co do charakteru powstających fal jakotéż ich szybkości. Krótki i energiczny skurcz w połyku, odpowiadający skurczowi mięśni prążkowanych, przenosi się w przeciągu $1\frac{1}{2}$ sek. przez całą część szyjną przełyku, zkąd fala ruchu połykowego staje się wolniejszą i przybiera cechy skurczu mięśni gładkich, a dosięgnąwszy środka piersiowego odcinka, kończy się jednoczesnym i długotrwałym skurczem całéj dolnéj części przełyku.

Fala ruchu pulsacyjnego, dostrzeżonego w przełyku, występuje nieco późniéj od uderzenia koniuszkowego serca i zawisła zapewne od tętna tętnicy głównéj. (XV Tom Rozpraw Wydziału matem.-przyrod. Akademii Umiejętności. Kraków 1886). *Dr. Bossowski.*

W dołączeniu do sprawozdania powyższego nadmieniam dzisiaj o następujących szczegółach, niezamieszczonych jeszcze w ogłoszonèm doniesieniu.

Część szyjna przełyku badana esofagoskopem przedstawia się jako zamknięty kanał, otwierający się lejkowato tylko do téj głębokości, któréj dosięga wprowadzone narzędzie. Zamknięcie to jednak nie zawisło od działania mięśni, ale pochodzi najprawdopodobniéj przy stanie nieczynnym przełyku od ucisku otaczających części, mianowicie od sąsiedniéj krtani i tchawicy. Jedynie wejście do przełyku zaopatrzone jest w zwarcie zadziergające, które stawia opór przy wsuwaniu narzędzia. Od części piersiowéj stanowi przełyk rurę otwartą, która zachowuje tę właściwość aż do wpustu żołądka. W wspomnianéj wyżéj pracy zaznaczyłem, że to zachowanie się pozostaje w związku z parciem w klatce piersiowej, prawie stale ujemnèm. Przyczynę znajdowania na stole sekcyjnym przełyku w postaci zaciśniętego przewodu nie trudno wytłumaczyć przyjętą powszechnie metodą otwierania poprzód klatki piersiowéj, skutkiem czego zapadają się ściany przełyku. Badanie przeprowadzone na zwłokach przy pomocy esofagoskopu dowodzi, że przełyk zarówno za życia, jakotéż po śmierci stoi otworem. Zresztą o słuszności spostrzeżenia mojego przekonać się można łatwo nawet bez pomocy esoagoskopu postępując na zwłokach w następujący sposób. Przed otwarciem klatki piersiowéj należy odsłonić część szyjną przełyku cięciem poprowadzonèm na wewnętrznym brzegu mięśnia mostko obojczykowego i zaciągnąć go silną nitką tak, aby szczelnie został zamknięty. Teraz otwiera się jamę brzuszną i odsłania żołądek aż do wpustu, podwiązując go tuż pod przeponą. Dla pewności wszakże lepiéj otworzyć wprzód żołądek i wypróżnić, aby treść jego przy powyższèm postępowaniu nie wcisnęła się do przełyku. W ten sposób przełyk zostaje na obu końcach szczelnie zamknięty. Otwierając obecnie klatkę piersiową sposobem zwykłym, znajdujemy przełyk nieopróżniony jako cewę mniéj lub więcéj wydętą, kiełbasowatą, któréj treść stanowią na zwłokach gazy i ciecz śluzowata w zmiennym stosunku. Punktem wyjścia téj ostatniéj jest prawdopodobnie żołądek, który przy ułożeniu poziomèm zwłok wydala część swéj treści do niżéj położonego przełyku, podczas gdy tenże pierwotną swą zawartość, tj. powietrze, oddaje do wyżéj leżącego żołądka. W przypadkach znacznych wysięków i przesiąków opłucnowych bywa przełyk na zwłokach prawie zupełnie próżnym, bo nie zawiera jak tylko kilka cm. sześć. gazu albo cieczy, jako dowód, że zachowanie się wnętrza jego zawisło od parcia ujemnego w klatce piersiowéj. *Mikulicz.*

Higijena.

Z 59 Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich.

Na I posiedzeniu sekcyi higijenicznéj szereg odczytów rozpoczął Schwartz od wykładu: O zadaniu higijenicznèm lekarza szpitalnego. Treść jego da się ująć w następujące zdania: 1) Lekarz szpitalny ma przyjmować i wydalać chorych według istniejących przepisów; 2) Ma prawo rozporządzać wszelkiemi ubikacyjami dla chorych przeznaczonemi; 3) Prowadzi księgi chorych i zestawia ich wykazy; 4) Pilnuje porządku domowego i służby szpitalnéj; 5) Czuwa nad wszelkiemi zarządzeniami sanitarnemi. 6) Załatwia sprawy dotyczące leczenia.

H. Cohn mówił: O potrzebie oświetlenia miejsce pracy. Przy obliczeniu siły oświetlenia chodzi o to aby ocenić, przy jakiéj ilości światła można łatwo i bez natężenia czytać. C. żąda na podstawie licznych badań z fotometrem Webera jako *minimum* 10MK. (1MK (*Meterkerze*) znaczy oświetlenie papieru ustawionego w odległości 1m. naprzeciw 1 świecy zwyczajnéj). Życzyć sobie należy 50MK. Istnieje ścisły stosunek między oświetleniem dziennèm pewnego miejsca a kątem przestrzeni, jaki można wymierzyć Weberowskièm narzędziem. Dla objaśnienia stosunków stereometrycznych, o jakie chodzi przy kącie przestrzeni, okazał C. dwa modele. C. doszedł do tego przekonania, że w dniach pochmurnych mniéj jest jasności aniżeli 10MK. Trzeba zatém badać kąt przestrzeni i gdzie tenże jeszcze 50 stopni kwadratowych wynosi, tam jest odpowiednie miejsce do pracy.

Na II posiedzeniu mówił Plagge: „O filtrowaniu wody". Filtry domowe, mianowicie z gąbki żelaznéj, węgla, kamieni, żwiru, celulozy, nietylko nie zmniejszają ilości organizmów, ale przeciwnie czasem woda przefiltrowana zawiera 100—1000 razy więcéj zarodników grzybkowych, aniżeli woda niefiltrowana. Lepsze są filtry gliniane i asbestowe, bo te przez niejaki czas dają wodę zupełnie od nich wolną. Przez Hessego proponowane filtry z asbestem ściśnionym lub filtry z gliną twardą nie pokazały się dotąd w praktyce, chociaż można przypuszczać, że otworki w nich są mniejsze aniżeli mikroby, ponieważ woda przez nie przefiltrowana wcale ich nie zawierała.

Soyka wykazał, że istnieje pewien związek między meteorycznemi opadami a wodą gruntową a różnicę pod tym względem między Berlinem a Mnichowem tłumaczy jako następstwo różnic geograficznych i klimatycznych. W Mnichowie jest ścisły związek między stanem wody gruntowéj a ilością opadów, czego wprost dopatrzeć się nie można w Berlinie. Tu *maximum* stanu wody gruntowéj schodzi się z *maximum* opadów, a *maximum* opadów nie powstrzymuje opadania wody gruntowéj. S. tłumaczy to w ten sposób, że mniéj bywa opadów i te niejednostajnie rozdzielają się w Berlinie, a z drugiéj strony odmienne są tam stosunki co do

suchości powietrza i siły parowania. W Berlinie schodzi się krzywa braku nasycenia z *minimum* stanu wody gruntowéj, w Mnichowie zaś *maximum* stanu wody gruntowéj z brakiem nasycenia a więc ze suchością powietrza. Również co do stanu wód rzecznych zachodzą różnice pod różnemi wpływami geograficznemi i klimatycznemi. W Berlinie obydwa stany biegną równolegle tak co do czasu jak i nasilenia, tylko Sprea wyprzedza o miesiąc stan wody gruntowéj. W Mnichowie są różnice w skutek obfitych dopływów z gór 5 razy tak wielkie w Izarze jak w wodzie gruntowéj. Stosunki te w Berlinie i Mnichowie są typowe. W obydwu tych miastach schodzą się najwyższe stany wody gruntowéj z najwyższym stanem duru i odwrotnie, tylko w Berlinie bywa wznoszenie się krzywych.

Recknagel objaśnił, że powstrzyma się gazy kloaczne od wciskania się do pomieszkań po zamknięciu otworów stolcowych, jeżeli woda w rurze spustnéj przepływa, w systemie zaś dołów kloacznych, jeżeli dół kloaczny szczelnie jest zamknięty, rura spustna szczelnie zamknięta do niego prowadzi, a oprócz tego druga rura wychodząca od nakrywy dołu sięga aż ponad szczyt dachu i więcéj jest ogrzaną aniżeli rura spadowa.

Na III posiedzeniu mówił Hueppe o zarazie panującéj pomiędzy zwierzętami dziko żyjącemi i domowemi jak końmi, bydłem rogatém i nierogacizną a powstającéj przez właściwe koki. Koki te dają się hodować w ciepłocie pokojowéj i ciepłocie krwi a niszczeją przez działanie sublimatu, kwasu karbolowego, aseptolu, wrzącéj wody i zasuszone tracą na żywotności. Odróżnia trzy postacie téj zarazy: posocznicową po zakażeniu podskórném, płucową po wziewaniu zarazka i jelitową po zarażeniu przez przewód pokarmowy.

Presl wykazywał, że śmiertelność w Austryi jest têm większą, im okolice więcéj bywają zaludnione.

Wolmar mówił: O stanowisku, z jakiego zapatrywać się należy na użycie środków odwietrzających: 1) Odchody ludzkie są różne, zależnie od sposobu życia, jakości zbiornika i czasu ich wydalenia. 2) Woń ich smrodliwa pochodzi: *a)* od gazów z kiszek, *b)* od gazów gnilnych wywięzujących się pod wpływem gnijącego moczu albo wody. Gazy kiszkowe wydalić można przez wentylacyję. Wywięzywaniu się gazów gnilnych można zapobiedz tylko za pomocą środków chemicznych. 3) Nie wszystko jedno, czy się środek dezinfekcyjny dostaje do świeżych albo do starszych odchodów. 4) Powinno się w nich utrzymać oddziaływanie kwaśne i dla tego 5) o ile można używać należy takich środków dezinfekcyjnych także i w zimie.

Na IV posiedzeniu mówił Wolffhügel: O odwietrzaniu objaśniając dzisiejszy stan techniki dezinfekcyjnéj i warunki konstrukcyjne przyrządów i zakładów dezinfekcyjnych.

Emmerich okazywał koki róży wykryte w powietrzu pomieszkania, w którém panowała róża i siedzibę ich odnosił do posadzki, ponieważ murowane ściany z powodu wapna nie pozwalają się grzybkom rozwijać.

Kenn przedstawił, jak można uwidocznić najdelikatniejszy pył niedający się widzieć w promieniach słonecznych, jeżeli się powietrze przesycone parą wodną ochłodzi i zmusi ją do osiadania na pyle.

Lehmann wykazywał, że chlor i brom zupełnie podobnie działają, że 2 –4 milijonowych chloru może człowiek znosić bez szkody dla zdrowia i radzi robotnikom fabrycznym używać maski Pitzkera, jakoteż fabryki należycie przewietrzać. Następnie wyjaśnił L., że chleb przybiera barwę niebieską skutkiem nasion *melampyrum* i *kinanthus*.

Baer wykazywał wielkie niebezpieczeństwo, jakie sprowadza obecnie przewłoczne zatrucie alkoholowe. (*Berl. klin. Wochenschrift*). *Dr. Buszek.*

Patologija.

Prof. Wolff: **O dziedziczeniu mikroorganizmów.** (Z zakładu patologicznego w Berlinie).

W. rozpoczął odnośne poszukiwania jeszcze w r. 1884, do téj chwili nie są one jeszcze ukończone, czuje się jednak już dziś zniewolonym do podania wyników z dotychczasowych swych badań, gdyż są one wprost przeciwne tym, które otrzymał Kubasów w pracowni i pod kontrolą Pasteura i ogłosił jeszcze w r. 1885.

Kubasów wstrzykiwał pod skórę ciężarnym świnkom morskim i królikom ropę zawierającą prątki gruźlicze, prątki wąglika, *vibrion septique*, tj. prątki wywołujące t. zw. *oedema malignum* a wreszcie mikroby wywołujące różę u świń; podaje on, iż prawie zawsze udało mu się te same mikroorganizmy znaleźć w wewnętrznych organach płodów, często nawet w znacznéj liczbie.

Przejście zatém mikrobów na płód, czyli innemi słowy infekcyja płodu przez matkę, byłoby w ten zposób zwykłém codziennêm zjawiskiem.

Temu W. stanowczo przeczy.

I. Wszczepił on ciężarnym królikom i świnkom morskim podskórnie jad wąglikowy. 6 samic w ten sposób szczepionych wydało na świat 17 młodych; wszystkie 6 pomarły wśród wybitnych objawów wąglika a w organach wewnętrznych znajdowały się znaczne ilości prątków wąglikowych.

U płodów natomiast znaleziono całkiem odmienny obraz. Czyniono poszukiwania za prątkami tak w preparatach mikroskopowych sporządzonych z narządów klatki piersiowéj jak i jamy brzusznéj, przy podwójném barwieniu metodą Grama lub bez tegoż—jakoteż i w hodowlach z kawałków wątroby, nerek, śledziony i płuc odnośnych płodów, których liczba dobiegała do 100. Poszukiwania te wydały zawsze wynik ujemny.

Wreszcie dla dalszéj kontroli tych wyników przeszczepiono 13 razy skrawki narządów tychże płodów na inne bardzo młode świnki morskie. 11 z nich pozostawało przez tygodnie w obserwacyi, żadne nie zapadło na wąglik. Co zaś do tych 2, które istotnie wąglikowi uległy, to autor szuka przyczyny w zakażeniu przypadkowém, dającém się łatwo pojąć w obec licznego materyjalu istotnie dotkniętego wąglikiem a niewielkiéj przestrzeni, w któréj autor doświadczenia te wykonywał.

Opierając się na zdobytych w ten sposób danych względnie do prątków wąglikowych a wręcz przeciwnych twierdzeniom Kubasowa, powtórzonym przez Pasteura w Akademii paryskiéj, przypuszcza W., iż zazwyczaj prątki te z matki na płód nie przechodzą; gdzie prątki u płodu znajdziemy, tam rzecz się przedstawia wyjątkowo, tam należy szukać tych szczególnych okoliczności, które prątkom otworzyły zazwyczaj zamknięte przejście, a szukać ich należy w zmianach w krążeniu łożyskowém, macicznêm lub też w stosunkach ogólnych.

II. W drugim szeregu doświadczeń odnoszących się do jadu ospowego a wykonywanych na ludziach W. przyszedł do tych samych wyników. Szczepił wiele kobiet ku końcowi ciąży będących i to ze skutkiem. We 2—5 dni po uskodzeniu szczepiono noworodki i u wszystkich bez

wyjątku otrzymano najpiękniejsze pęcherze ospowe. Dowodzi to, iż jad ospowy nie przedostał się przez krążenie łożyskowe płodu, że jak w szeregu pierwszym tak i tu infekcyja płodu przez matkę nigdy nie nastąpiła.

Ospa pierwotna (*variola* w przeciwstawieniu do *vaccina*) przechodzi czasami z matki na płód, jednakowoż przypadków takich pewnych, gdzieby dzieci zrodzone z matek chorujących na ospę przyszły na świat z wysypką ospową — jest nadzwyczaj mało, a w dodatku należałoby w tych przypadkach szukać przyczyn wyjątkowych, przypadkowych, wymienionych wyżéj pod I.

III. W 3 szeregu doświadczeń W. zajmuje się kwestyją dziedziczenia gruźlicy u zwierząt. Doświadczenia te robiono w dwojakim kierunku. Jednéj części zwierząt użytych do doświadczeń przeszczepiono masy zawierające prątki gruźlicze już wśród ciąży, drugim zaś jeszcze przed zajściem w ciążę, a to w tym celu, aby w ostatnich umożliwić infekcyję prątkową samego jajnika. Doświadczenia te jeszcze nie są ukończone, dokonaną jest tylko część makroskopowa, ta zaś nie usprawiedliwia dziedziczenia prątków gruźliczych. Makroskopowo bowiem nie stwierdzono u żadnego płodu zmian gruźliczych, nie stwierdzono ich i u tych płodów, których matki okazywały przy sekcyi obraz wybitnéj gruźlicy prosówkowéj, rozlanéj.

Nie należy zapominać, że i u człowieka gruźlica płodu lub noworodka należy do największych rzadkości, nie widzieli jéj najdoświadczeńsi anatomowie. Virchow gruźlicy u noworodka ani razu nie napotkał.

Opierając się na tych danych anatomicznych sądzi W., iż największą część tych przypadków, w których zwykło się przypuszczać gruźlicę wrodzoną, jest gruźlicą po urodzeniu nabytą, *infectio post partum*. Możliwą jest i gruźlica dziedziczna, jest jednak zjawiskiem nadzwyczaj rzadkiém. Gdy się zważy, jak różnorodną i wieloraką jest sposobność zakażenia takich noworodków przez rodziców gruźliczych, jak takie dzieci raz przez plwociny, których losu i drogi rozpylania się śledzić wcale nie jesteśmy w stanie, innym razem przez pocałunek itp. rodziców swoich zakażeniu uledz mogą, zważywszy daléj, że właśnie u dzieci cierpiących tak często na wysypki skórne, infekcyja prątkowa nastąpić może nie tylko przez usta ale i przez skórę nadwerężoną, każdy przyzna, iż przypadki gruźlicy dziedzicznéj, dziedziczenia prątków, należeć muszą do nadzwyczajnych rzadkości.

Przez analogiję możnaby to samo, co autor wykazał dla jadu wąglika, ospicy i gruźlicy, przypuścić i o innych mikrobach, stanowczo jednak rozstrzygnąć się to da tylko przez badania poszczególne, dla każdego ze znanych mikrobów i istot chorobotwórczych odrębne. (*Virchows Arch.* 105 B., 1 H. 1886). *Dr. Gross.*

(*β*) **O wprowadzaniu cieczy przez skórę do tchawicy i działanie ich na płuca i ustrój w ogólności.** Według Dra Sehrwalda z Jeny można łatwo i bez bólu wstrzykiwać daną ciecz w tchawicę psa za pomocą strzykawki Pravaza. Jeżeli ciecz była ogrzana a przy tém wprowadzana powoli, nigdy nie pobudzała do kaszlu. Ilość cieczy może wynosić średnio do 250 gr. Za ciecze obojętne można według autora uważać: rozczyn sublimatu 1:5000, kwasu borowego 5% i salicylowego 1%. W pionowéj postawie 10 cm. cieczy sięga zaledwie po wierzchołki płuc; stósownem jednak zmienianiem położenia można na każdą część płuca podziałać. Chłonienie cieczy w płucach odbywa się z wielką szybkością, szybciéj niż w narządzie trawienia. Jeżeli dalsze doświadczenia nad tą metodą stwierdzą wyniki autora, to można się spodziewać, że terapija zyska nowy rodzaj stósowania miejscowego danego leku, a przedewszystkiém środków przeciwprątkowych miejscowo na chore płuca. (*D. Medicinal-Ztg.*)

(*β*) **Morfin w organizmie.** W obec nadzwyczaj sprzecznych zapatrywań co do przemian, jakich morfin doznaje w ustroju, Dr. J. Donath postanowił kwestyję tę bliżéj zbadać i przeprowadził szereg doświadczeń mających na celu wykazanie, czy w moczu po wprowadzeniu alkaloidu tego do ustroju, nie da się odnaleść jakiego zasadowego produktu przemiany jego chemicznéj, np. oksydimorfinu, powstającéj przez utlenienie morfinu, a następnie jakie ilości morfinu i oxydimorfinu dotychczas znane odczynniki są w stanie w moczu wykazać. Okazało się, że morfin w ustroju zupełnie znika, nie przechodzi w żaden inny alkaloid, bez utleniania się na połączenia kwasowe lub produkty końcowe. W ogóle dotychczas znane dotąd odczynniki nie są pewne i wcale nie czułe. Reakcyja polegająca na jodku potasu i rtęci wskazuje dopiero 0·2 gr. dodanych do 1 litra moczu. Z tém wszystkiém nie można było morfinu wykazać w moczu nawet po zastrzyknięciu podskórném 1·5 gr. Z nieobecności zatém morfinu w moczu nie można jeszcze wcale wnosić o nieobecności onego w ustroju. (*Deut. Mediz-Ztg.* 1886).

Choroby dzieci.

Prof. Dr. Henoch: **Przyczynek do zapalenia błon rdzeniowo-mózgowych.**

Pod nazwą zapalenia błon mózgowo-rdzeniowych opisuje Henoch szczególniejszą postać zapalenia błon pospolitego (*Meningitis simplex*), która się zdarza u dzieci o wiele częściéj, aniżeli to przypuszczamy; gruntowne poznanie tego zapalenia, ze względu na zawsze pomyślne zejście, jest wielkiego znaczenia dla pedyjatry, który w obec postaci gruźliczéj i nagminnéj niemal nawykowo źle zazwyczaj rokuje. Główną cechą opisywanego przez H. zapalenia jest jego przebieg długotrwały i przemienne kilkorazowe polepszenia i pogorszenia. Objawy są następujące: choroba rozpoczyna się od nagłéj gwałtownéj gorączki, która nie spada w dniach następnych, bóle głowy nadzwyczaj dotkliwe, stężenie karku, rzadziéj skurcze odnóg i przeczulica skórna, często wymioty. Po dwóch mniéj lub więcéj tygodniach gorączka ustaje, inne objawy również łagodnieją i wszystko pozornie wraca do stanu prawidłowego, z wyjątkiem sztywności karku, która świadczy o dalszém trwaniu choroby. Po krótkiéj przerwie (od 1go do kilku dni) gorączka występuje ponownie, a z nią wyżéj opisane objawy, i stan ogólny chorego znowu staje się groźnym. Te zwolnienia w natężeniu choroby mogą w ciągu jednego tygodnia nastąpić parę razy i wprawiają zwykle lekarza w kłopot niemały co do rozpoznawania i rokowania, gdyż mimowoli podobieństwo objawów nasuwa mu myśl gruźliczego zapalenia opon; lecz w końcu przemienne to polepszanie w stanie chorego zamienia się po 8—10 tygodniach trwania choroby w polepszenie trwałe i wreszcie następuje ostateczne wyleczenie. H. wyznaje, że istota tego rodzaju zapalenia opon mózgowych nie jest do téj pory poznaną; etyjologija jego jest zupełnie ciemna, zwłaszcza nie wiemy, czy ma jaki związek z zapaleniem opon mózgowordzeniowych przyrody zakaźnéj. Leczenie nie wywiera żadnego wpływu na przebieg téj choroby. (*Charité Annalen* t. XI, 1886). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Farmakologija.

(β) **Jodol.** 1) Schmidt w Berlinie stósował ten nowy środek przeciwgnilny w klinice chirurgicznéj i podaje następujące spostrzeżenia. Jodol czyli właściwie Tetrajodpyrrhol C_4J_4HN roz-

puzczający się w wodzie zaledwie w stosunku 1:5,000, stósowany był w proszku; na ranę nim posypaną przykładano dopiero kompresy z rozczynem azotanu glinowego. Jodol nie tworzył wcale strupu z cieczą w ranie, a wydzielina ta zawsze była bez woni; jednak ziarnienie nie występowało nigdy tak szybko jak po opatrunkach jodoformowych. Stósowano go także w rozczynie (jodolu 1, alkoholu 1, gliceryny 34); mięszaniną tą napojonych czopków używano do odwaniania wydzielin przy rakach prostnicy i macicy. Jamy ropniowe i przetoki goiły się dość szybko po użyciu rozczynu. Gaza jodolowa przyspieszała ziarnienie. Po jednodniowém leżeniu w ranie można znaleść jod w gazie, przyczém występuje zabarwienie brunatne tkanki. Autor nie zauważył nigdy przypadłości zatrucia ani téż śladów jodu w moczu.

2) Według Dra Mazzoniego w Rzymie jodol jest dobrym środkiem (przeszło w 200 przypadkach stósowanym) w owrzodzeniach kiłowych, dymienicach ropnych (leczono za pomocą nakłówania, wyciśnięcia ropy, wstrzykiwania 2% rozczynu jodolu, 1,0 jodolu, 16,0 alkoholu, 34,0 gliceryny), daléj leczono nim toczeń przerosły, narosty grzybowate itd. Nigdy nie zauważono zakażenia rany ani objawów zatrucia. Jest to środek lekko żrący, który sprawiając ziarnienie powierzchni ochrania rany.

3) Według spostrzeżeń Dra Rónego z Budapesztu jodol nie zaleca się wcale jako środek przeciwgnilny. Stósowano go w proszku, lub téż w połączeniu z gliceryną i alkoholem (2%). W owrzodzeniach zołzowych jakotéż wenerycznych żadnego skutku nie wywierał, a w każdym razie bezwarunkowo w niczém nie dorówna jodoformowi. Także w skaleczeniach, owrzodzeniach tylko wtedy był skuteczny, jeżeli sprawy powyższe ograniczały się do powierzchownych warstw miazdry. *(D. Med. Ztg.)*.

(β) **Resorcyna jako środek w przybłoniaku.** Rubino Antonio opisuje w *Cincinati Lancet and Clinic* z 16 stycznia 1886 obserwowany przez siebie przybłoniak na ścianie bocznéj nosa u mężczyzny w podeszlejszym już wieku. Obrzęk ten wielkości jabłka zdawał się komunikować z pod nim leżącą szczęką dolną; skóra naokoło w obwodzie kilku centymetrów uległa zapaleniu. Ponieważ zdaniem autora obrzęk powyższy nie dał się operować, zastósowano więc resorcynę. Dwa razy dziennie zmywano go rozczynem nadmanganezianu potasowego, poczém powierzchnię jego smarowano maścią złożoną z 15 grm. resorcyny i 20 gr. waseliny. Skutek był nadzwyczaj pomyślny, bo nie tylko że naciek ropny tkanki bezpośrednio potém znikł, ale i sam obrzęk zmniejszał się stopniowo, tak, że po 5-miesięczném stósowaniu pozostała naokoło jedynie biała blizna. *(Allg. med. Central-Ztg.)*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 8 października 1886.

Obecni: przewodniczący, kol. Kaczorowski, daléj koll. Świderski, Preibisz, Zielewicz, Koszutski, Grodzki, Dembiński i sekretarz.

Po odczytaniu i podpisaniu protokółu zabiera kol. Kaczorowski głos podnosząc, iż obecnie bardzo mało panuje nagminnych chorób, pojawiają się tylko sporadyczne przypadki tyfusu brzusznego, zapalenia opłucny, gośćca i płonicy, nawet biegunka rzadko i w łagodnéj tylko występuje postaci.

Następnie mówił kol. Wicherkiewicz o kosostnieniu tkanek ocznych a dawszy pogląd na genetyczny rozwój kostnienia w pojedynczych częściach gałki sklania się do przypuszczenia, że w oku, jeżeli nie wyłącznie to przeważnie *choreo-capillaris* naczyniówki jest siedliskiem rozwoju kostnienia. Na zakończenie przedłożył prelegent dwie gałki, z których jedna, znacznie zanikła, zawierała w swém wnętrzu kostną tkankę z naczyniówki powstałą, wielkości małego włoskiego orzeszka; w środku kości znaleziono jeszcze zwiniętą siatkówkę, prócz tego soczewka zwapniona wypełniała resztę przestworu śródgałkowego. Druga gałka pochodząca od kobiety 50-letniéj odznaczała się tém, że nieco zmalała, przedstawiała nieregularną łupinę rogówko-twardówkową, po któréj rozpołowieniu znaleziono w otoczeniu płynu brunatnego twarde jądro ważące 3·5 gr. Jądro to, do którego ściśle przylega miękka łupinka składająca się z tęczówki, z ciała rzęskowego i z miąższu naczyniówkowego, po przekroju przedstawia jednolitą masę kościaną. Bliższe szczegóły o tym przypadku podane będą w osobnym artykule.

Następnie kol. Kaczorowski wspomina pokrótce o choréj, która przez dłuższy czas narzekała na ból głowy i objawy newralgii nerwu nadoczodołowego. Po zastrzyknięciu podskórném morfinu, chora nagle umiera, a obawę, jakoby zastrzyknięcie stało w związku z nagłą śmiercią, usunęły oględziny pośmiertne, wykazujące 2 pęcherze wągra na powierzchni mózgu a trzeci w czwartéj komórce. Na około ostatniego powstało już ropne zapalenie. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17 października 1886.

Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 32. Gość Dr. Piekarski z Petersburga.

1. Przewodniczący oznajmia, że stosownie do zapadłéj uchwały zniósł się z p. Prezydentem miasta, który z całą gotowością postanowił zwoływać częściéj posiedzenia Komisyi sanitarnéj, oraz że postanowioném zostało, aby delegat Tow. lek. do téjże Komisyi był zarazem członkiem Komisyi t. zw. cholerycznéj.

2. Przewodniczący odczytał pismo p. Prezydenta miasta, zapraszające Tow. lek. krak. do przyjęcia udziału w wystawie krajowéj i zamianowania z grona swego jednego delegata do Komitetuwystawy. W myśl uchwały zapadłéj w Komitecie Tow. lek. przewodniczący proponuje na delegata kol. prof. Korczyńskiego, co jednogłośnie przyjęto. Przy sposobności nadmienia kol. Ściborowski, że podobną odezwę otrzymała i Komisyja balneologiczna, którą przekazano Komisyi przemysłowéj Tow.

3. Kol. doc. Gluziński podał: Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernéj jego kwaśności. Wykład ten ogłoszony w Przegl. Lek.

4. Kol. Bossowski przedstawił pod drobnowidem i objaśnił na rysunkach bakteryje z miąższu twardziela nosa (*rhinoscleroma*). W dyskusyi nad obu wykładami wziął udział kol. doc. Pieniążek. *Dr. Dobruchowski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w listopadzie r. 1886.

Tyfus brzuszny tylko powoli się rozszerza; w 32 gminach w 22 powiatach i w mieście Krakowie leczono ogółem 720 chorych, z tych wyzdrowiało 400 czyli 55·6%, umarło 52 albo 7·2%, pozostało z końcem listopada 268 chorych w 16 gminach. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w mieście Kamionce Strumiłowéj, gdzie z 106 leczonych chorych 52 wyzdrowiało, 8 umarło, a 46 pozostało w leczeniu.

Tyfus plamisty nie rozszerzył się znaczniéj niż w październiku. W 12 miejscowościach leczono 306 osób, z tych wyzdrowiało 196 czyli 64·1%, umarło 23 czyli 7·8%, pozostało w leczeniu 87 w 6 gminach. Największa ilość chorych była w jednéj gminie powiatu buczackiego, 52 chorych na 932 ludności czyli 6% téjże; największa śmiertelność zdarzyła się w jednéj gminie pow. rudeckiego, gdzie z 46 chorych umarło 11 czyli 24%.

Szkarlatyna, która w październiku br. więcéj była rozszerzoną niż w którymkolwiek z poprzednich miesięcy r. 1885 i 1886, w listopadzie jeszcze bardziéj się rozpowszechniła, tak że w 82 gminach leczono 2539 chorych, z tych wyzdrowiało 1653 czyli 65·1%, umarło 385 czyli 15·2%, pozostało w leczeniu z koń-

cem listopada 501 chorych w 28 gminach. Z końcem października pozostało chorych 683 w 40 gminach, należy przeto w grudniu spodziewać się znaczniejszego zmniejszenia się epidemii. Najwięcéj była szkarlatyna rozszerzoną w powiecie tłumackim, gdzie w 9 gminach leczono 551 chorych, z tych umarło 85, czyli 15·4%; największa śmiertelność była w miasteczku Brzozdowcach (pow. Bóbrka), gdzie z 60 chorych umarło 18, czyli 30%.

Dyfteryja, która dotychczas nagminnie tylko w wschodnich powiatach kraju i to często z bardzo zabójczym przebiegiem występowała, pojawia się teraz także w zachodnich powiatach i to w powiecie wielickim (sześć gmin między temi miasteczka Dobczyce i Gdów), w mieście Krakowie, niemniéj w okolicy Sącza, t. j. w powiecie grybowskim (w Ptaszkowy zmarło z 52 chorych 32 osób czyli 62%) i w powiecie sądeckim. Ogółem leczono na dyfteryję 409 osób, z tych wyzdrowiało 198 czyli 48·4%, umarło 122 czyli 29·8%, pozostało w leczeniu 89 osób w 13 gminach.

Dysenteryja bliską jest zupełnego wygaśnięcia; w 47 gminach leczono 1068 osób, z tych wyzdrowiało 868 czyli 81·3%, umarło 84 czyli 7·9%, pozostało 116 chorych w sześciu gminach.

Odra bardzo była rozszerzoną; w 96 miejscowościach a 31 powiatach leczono 5581 chorych, z tych wyzdrowiało 3962 czyli 71%, umarło 350 czyli 6·3%, pozostało z końcem miesiąca 1269 chorych. Najwięcéj nawiedzonym był powiat jaworowski (11 gmin), daléj kałuski (8 gmin), stanisławowski (7 gmin), żydaczowski (6 gmin).

Koklusz był mało rozpowszechnionym a śmiertelność nieznaczną; w 27 miejscowościach leczono 1600 chorych, z tych wyzdrowiało 1123 czyli 70·2%, umarło 40 czyli 2·5%, pozostało w leczeniu 437 osób w 8 gminach.

Ospę stwierdzono tylko w sześciu gminach pięciu powiatów; stwierdzono ogółem 29 przypadków choroby, z tych zakończyło się wyzdrowieniem 26, tj. 23 szczepionych i 3 nieszczepionych, śmiercią zakończyło się trzy przypadki u nieszczepionych. Z końcem listopada nie pozostał żaden chory ospowy w kraju, tak pomyślnego objawu od dawna nie można było zanotować.

Lwów d. 13 grudnia 1886. *Dr. Józef Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 listopada do 4 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 26·8. Z błonicy i dławca umarło 2 (3 z. t.); z duru plamistego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy, 1 krztuśca, 2 duru plamistego, 1 róży. W tygodniu od 21—27 listopada umarło z ospy: w Budapeszcie 98, w Warszawie 6, w Wiedniu i Paryżu po 1, w Pradze i Petersburgu po 2; w Rzymie 8. Z duru powrotnego umarło w Londynie i Petersburgu po 1. Z duru brzusznego umarło: w Berlinie 5, w Rzymie 6, w Paryżu 15, w Londynie 13, w Petersburgu 15. Z odry umarło: w Berlinie 11, w Pradze 13, w Paryżu 23, w Londynie 60, w Petersburgu 10. Z płonicy umarło: w Berlinie 10, w Kolonii 7, w Budapeszcie 18, w Londynie 22, w Petersburgu i Odesie po 11, w Warszawie 16. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 54, w Dreźnie 12, w Hamburgu 16, w Lipsku 9, w Pradze 16, w Budapeszcie 10, w Paryżu 22, w Londynie 36, w Petersburgu 11, w Warszawie 14. Z krztuśca umarło: w Paryżu i Kopenhadze po 7, w Londynie 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,5; we Lwowie 33,3; w Brodach 38,1; w Drohobyczu 24,7; w Kołomyi 28,3; w Przemyślu 41,5; w Stanisławowie 27,8; w Tarnopolu 38,3; w Tarnowie 34,6; w Czerniowcach 31,3; w Warszawie 25,2; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 22,1; w Salcburgu 35,1; w Gracu 30,9; w Tryjeście 29,0; w Insbruku 30,6; w Pradze 32,0; w Bernie 36,4; w Opawie 44,9; w Berlinie 22,3; we Wrocławiu 30,9; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 19,2; w Hamburgu 29,5; w Kolonii 25,1; w Lipsku 21,1; w Mnichowie 20,2; w Strasburgu 20,4; w Amsterdamie 20,8; w Bazylei 16,2; w Brukseli 22,9; w Chrystyjanii 19,1; w Genewie 16,6; w Kopenhadze 20,2; w Londynie 19,3; w Odesie 33,8; w Paryżu 23,2 w Petersburgu 21,7; w Rzymie 20,5; w Stokholmie 14,3; w Wenecyi 18,2; w Zurychu 16,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego odbyła się naprzód dyskusyja nad wykładem docenta Jaworskiego, w któréj wzięli udział koledzy: Prus, Warschauer i Paszkowski; następnie Dr. Prus miał wykład zapowiedziany a dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia; wreszcie odbyły się wybory na rok przyszły. Wybrani zostali: prezesem prof. Mikulicz, wiceprezesem prof. Kopernicki, sekretarzem dorocznym Dr. Dobruchowski, redaktorem Przeglądu Lekarskiego prof. Blumenstok, członkami komisyi redakcyjnéj proff. Cybulski, Madurowicz i Oettinger oraz fizyk Buszek, z łona Towarzystwa lekarzy galicyjskich wchodzą do komisyi redakcyjnéj prof. Rydel i docent Grabowski; przewodniczącym komisyi sprawozdawczéj wybrany prof. Oettinger, delegatem Towarzystwa do komisyi sanitarnéj w Radzie m. Krakowa prymaryjusz Paszkowski, wreszcie delegatami Tow. lek. do Rady Zawiadowczéj Tow. lekarzy galicyjskich wybrani Drowie Krówczyński i Rieger we Lwowie. Na wniosek prym. Paszkowskiego Towarzystwo wyraziło przez powstanie podziękowanie swoje ustępującemu prezesowi prof. Rosnerowi za gorliwe i pożyteczne sprawowanie urzędu swego przez dwa lata, a prof. Oettinger imieniem komisyi redakcyjnéj wniósł podziękowanie dla redaktora Przeglądu Lekarskiego za skuteczne pełnienie obowiązków przez lat 10.

* Podajemy niniejszém program Wystawy higijenicznéj, odbyć się mającéj w Warszawie w r. 1887.

Wystawa obejmuje pięć grup, a mianowicie: grupa 1sza higijena żywienia; grupa 2ga higijena odzieży; grupa 3cia mieszkań; grupa 4ta specyjalna, z podziałem na higijenę szkół, warsztatów i szpitali; grupa 5ta statystyka i meteorologija.

1. Fizyjologija i chemija żywienia. Składniki chemiczne ciała ludzkiego i ważniejszych pokarmów przedstawione w naturze. Dyjagramy, tablice itp. odnoszące się do warunków normalnego żywienia.

2. Ciekawsze okazy zwierząt i roślin, używanych jako pokarm; rysunki, modele, okazy w naturze.

3. Produkty spożywcze: próbki zboża, mąki, masła, sera, miodu itp.

4. Mleczarnie i gospodarstwa spożywcze w ogólności.

5. Przyrządzanie pokarmów. Okazy wypieku i sztuki kucharskiéj. Narzędzia i naczynia kuchenne. Kuchnie tanie.

6. Woda i jéj oczyszczanie. Filtry pokojowe. Herbata kawa, kakao, czekolada. Kumys, kefir. Napoje alkoholiczne.

7 Konserwowanie pokarmów, pokarmy sztuczne, mączki dziecięce, ekstrakty itp.

8. Sposoby badania pokarmów; rozpoznawanie zafałszowań, rozpoznawanie roślin trujących.

9. Porcyje dla uczni, robotników, więźniów itp. Literatura przedmiotu.

10. Warunki zdrowotne różnych materyjałów i barw odzieży. Bielizna i odzież zwierzchnia, obuwie. Specyjalne odmiany odzieży. Odzież wodotrwała (nieprzemakalna). Kostyjumy dawne i nowe, szkodliwe artykuły odzieży i obuwia. Gorsety, szyniony, krynoliny.

11. Plany, rysunki i modele domów oraz wzory urządzenia mieszkań w naturze. Plany i rysunki miast.

12. Higijeniczne materyjały budowlane, podłogi nieprzemakalne, tynki nadające się do zmywania, weruiksy, obicia, marmury, cementy itp.

13. Zaopatrzenie mieszkań i miast w wodę; wodociągi i filtry miejskie. Kąpiele publiczne i domowe, wanny, umywalnie.

14. Wydalanie odpadków i nieczystości. Kanalizacyja i drenowanie domów. Zlewy. Klozety wodne i ziemne. Torfy. Dezinfekcyja.

15. Opalanie mieszkań; ogrzewalnie centralne; piece, kominki. Przewietrzanie mieszkań. Wentylatory. Warunki wentylacyi w salach i budowlach publicznych.

16. Oświetlanie mieszkań. Fotometryja. Oświetlanie gazowe, naftowe itp. Światło elektryczne, żarowe i łukowe. Brenery, lampy, świece itp.

17. Zapobieganie pożarom i innym nieszczęśliwym wypadkom w mieszkaniach i w miastach.

18. Pielęgnowanie skóry. Ilustracyja chorób z zaniedbania czystości pochodzących. Mydła, kosmetyki.

19. Grzybki chorobotwórcze.

Literatura odnosząca się do grupy trzeciéj.

20. Szkoły. Budynki szkolne, urządzenie żłobków, ochron, szkół elementarnych i średnich. Ławki szkolne. Tablice i inne sprzęty i pomoce naukowe, przyrządy gimnastyczne. Regulaminy sanitarne szkół. Rysunki, dyjagramy itp.

21. Warsztaty i fabryki. Zapobieganie szkodliwościom, połączonym z rozmaitemi gałęziami przemysłu, zwł. chorobom z przemysłu pochodzącym. Wentylacyja fabryk. Maski dla robotników, respiratory, odzież specyjalna, roztwory rozmaite jako odtrutki. Regulaminy sanitarne w fabrykach.

22. Szpitale. Plany i rysunki. Urządzenie wewnętrzne. Porcyje szpitalne. Lektyki, karetki i wagony sanitarne. Ratownictwo. Apteczki wiejskie. Zdrojowiska i miejscowości klimatyczno-lecznicze. Szczepienie ospy itp. Literatura odnosząca się do grupy czwartéj.

23. Statystyka ruchu ludności. Śmiertelność. Choroby panujące.

24. Sposoby wykonywania spostrzeżeń meteorologicznych. Warunki klimatyczne miejscowości, rozbiory powietrza.

* Krakowskie Towarzystwo dobroczynności założone w r. 1816, daje utrzymanie stałe 180 starcom i kalekom obojéj płci, wychowuje 38 sierot na pożytecznych członków społeczeństwa, oraz od 1½ roku utrzymuje we wsiach w pobliżu miasta położonych 16 podrzutków z fundacyi śp. Kitowskiego, doktora medycyny. Do grona Towarzystwa należy obecnie 255 członków z różnych warstw społeczeństwa naszego, oraz 72 damy, mające właściwy zakres działania. Pierwszymi trzema prezesami Towarzystwa byli: biskupi Woronicz, Skórkowski i Łętowski, czwartym był senator Hoszowski, który przez lat 34 bez przerwy czynnościom Towarzystwa przewodniczył, po jego śmierci w r. 1884 wybrano prezesem naszego kolegę Dra Ściborowskiego, który przy wyborach całéj Rady w d. 9 b. m. ponownie jednomyślnie na następne sześć lat prezesem wybrany został. Do wydziału zdrowia w Radzie ogólnéj Towarzystwa wchodzą: Dr. Wiszniewski, fizyk miejski Dr. Buszek, Dr. Paszkowski oraz dwaj mag. farm. Gralewski i Siedlecki. Śmiertelność między starcami, która dawniéj do 13 i 14% dochodziła, od czasu przeniesienia ubogich do nowego budynku, dzięki korzystnym stosunkom higijenicznym, spadła do 8·5%.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk. lek otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Stanisław Steiner z Leksandrowa w Galicyi i Erazm Rościszewski z Anielowa w Prusach Zachodnich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 50: Rogowicza: Nowe zakłady publiczne dla biednych rodzących w Warszawie II. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Sokołowskiego: Parę uwag nad charakterem epidemii tyfusu brzusznego panującego w Warszawie w ciągu lat 1883—1885; Heimana: O przedziurawieniu błony bębenkowéj (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. St. KLIKOWICZ: Die Regelung der Salzmenge des Blutes. Odbitka z „Archiv. f. Anatomie u. Phys.") in 8vo str. 20.

Dr. WATRASZEWSKI: Bemerkungen über „einen Fall von Schanker im Mittelohre". (Odbitka z „Petersb. Med. Woch." 1886) in 8vo str. 7.

L. de WECKER: Climatologie et Bactériologie. (Odbitka z „Annales d'Oculist) Paris 1886, in 8vo str. 8

Dr. St. Szcz. ZALESKI: Pogawędka o podawaniu pierwszéj pomocy obumierającym, Warszawa in 8vo str. 48.

Piśmiennictwo lekarskie. WEDL C. u. E. BOCK. Pathologische Anatomie d. Auges. M. 1 Atlas v. 33 Taf. Wien, Gerold's Sohn. M. 50.

HERMANN L. Lehrbuch der Physiologie. 8 Aufl. M. 140. Abb. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 14.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 grudnia 1886. № 52. Rok XXV.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1887 **rok dwudziesty szósty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Dokończenie Patrz Nr. 51).

Mimo to wszystko atoli sprawa, w ten sposób uproszczona, nie przestałaby być wątpliwą ze stanowiska czysto sądowolekarskiego z powodów, o których na wstępie mimochodem natrąciłem, które jednak obecnie wypada mi wyłuszczyć szczegółowiéj.

Pomimo całego przekonania moralnego, że Franciszka Mnichówna zginęła w parowie śmiercią gwałtowną, przez osobę trzecią wywołaną, żaden lekarz sądowy doświadczony na podstawie protokółu sekcyjnego sumiennie nie może odpowiedzieć stanowczo na pierwsze a główne pytanie, w każdym przypadku zachodzące, a mianowicie: jaka była najbliższa przyczyna śmierci? Potrzeba na to zaiste wielkiéj odwagi cywilnéj, aby na podstawie takiego wyniku sekcyi orzec stanowczo, że Mnichówna „w ten sposób zamordowaną została, iż wprzód ją ubezprzytomniono a następnie gardło poderznięto, w skutek czego śmierć nastąpić musiała“, jak to wypowiedzieli pp. obducenci. Według nich zatém najbliższą przyczyną śmierci był krwotok w następstwie poderznięcia gardła powstały. Nie przeczę wcale, że poderznięcie gardła nastąpić mogło, ale czy rzeczywiście nastąpiło, na to protokół sekcyjny żadnych nie dostarcza dowodów. „Cała przestrzeń między ramionami a głową wypełniona jest błotem“ powiadają pp. obducenci — a dopiero po odgartywaniu tego błota podają daléj: „Na szyi tylko z kręgów składającéj się oprócz cienkiego skrawka skóry, od szyi do brody z prawéj strony sięgającego, resztki krtani i kości gnykowéj oraz przełyku o brzegu gładkim“. Czyż opis ten, a głównie ów zagadkowy skrawek skóry od szyi do brody idący, nie przemawia raczéj przeciw poderznięciu gardła? Czy można na resztkach znalezionych po odgartywaniu błota oprzeć sąd tak doniosły? Czyż takie same zmiany nie mogłyby istnieć, gdyby Mnichówna została np. strangulowaną za pomocą powrózka, który pozostawiony na szyi śród zgnilizny wrzynałby się coraz głębiéj w części miękkie, a potém odpadł lub odjęty został przez człowieka lub zwierzę? Rzecz zmieniła atoli postać swoją w skutek późniejszych zeznań chirurga Maydla, według których „nietylko krtań postaciowo utrzymaną była, ale i naczynia szyjne, ostatnie przerwane tak, iż odró-

żnić można było górny i dolny odcinek“. Jeżeli rzecz tak się miała, wypadało już przypuścić, jakkolwiek nie z bezwzględną pewnością, to przecież z największém podobieństwem do prawdy, że poderznięcie gardła miało miejsce, co też Wydział Lekarski wypowiedział, zastrzegając się atoli wyraźnie, że zdanie to opiera na zeznaniu chirurga Maydla. Tym więc sposobem mielibyśmy najbliższą przyczynę śmierci Mnichówny, jeżeli premisa, na której opierał się wniosek Wydziału, jakkolwiek nie bezwzględnie pewny, nie mogła uledz zaprzeczeniu. Ale jak sprawa w mowie będąca przebyła w ogóle dziwne koleje, tak i pod tym względem stało się, że przed rozprawą drugą umiera chirurg Maydl, a Dr. Bieliński nie staje do rozprawy; Sąd Najwyższy poczytuje zeznanie chirurga za niewzbudzające zaufania, a Dr. Bieliński, przed trzecią rozprawą przesłuchany celem wyjaśnienia sprzeczności zachodzącéj pomiędzy jego zeznaniem a Maydla co do naczyń szyjnych, wyjaśnieniem swojém osłabia zeznanie ostatniego, zeznanie, służące za podstawę dla najważniejszego wniosku Wydziału. Nic więc dziwnego, że Sąd Najwyższy nie mógł przyjąć przedmiotowéj istoty czynu za udowodnioną, skoro najbliższa przyczyna nie została wyjaśnioną w sposób stanowczy. Wszakże już Wydział Lekarski w odpowiedzi XI (Pytanie 1) podnosi fakt, że „o przerwie „łączności naczyń krwionośnych nie ma wzmianki żadnéj „w protokole sekcyjnym, a podaje ją tylko p. Maydl i to „po upływie 20 miesięcy po sekcyi“; uwaga ta jest wiele znaczącą, wyraża ona bowiem powątpiewanie lub przynajmniéj brak przekonania, czy po upływie takiego czasu obducent może przypomnieć sobie z całą pewnością szczegół, który później okazuje się arcyważnym, śród wykonania sekcyi atoli mógł uchodzić za podrzędny, skoro w protokole wcale o nim nie wspomniano. Wydział Lekarski przyjąć musi każdy fakt w aktach podany, za możebny, jeżeli tylko nie pozostaje w sprzeczności z doświadczeniem lekarskiém, a rzeczą Sądu jest zbadać, czy podanie to istotnie na wiarę zasługuje. Sąd Najwyższy podzielił snać zapatrywanie Wydziału, skoro mając sobie zwróconą uwagę na zeznanie w mowie będące, nie uznał go za pewne, a z własnego doświadczenia znam aż nadto dobrze zakłopotanie lekarzy sądowych, jeżeli Sąd dla uzupełnienia śledztwa uznaje za potrzebne przesłuchanie znawcy jako świadka, żądając od niego wyjaśnienia szczegółu po upływie kilku tygodni lub miesięcy.

Obok poderznięcia gardła mogła istnieć atoli i druga najbliższa przyczyna śmierci, a tą byłaby śmierć z udaru mózgowego skutkiem obrażenia głowy. Jeżeli pp. obducenci w orzeczeniu wspominają o dwurazowém uderzeniu w głowę Mnichówny i pozbawienie jéj przytomności, to twierdzenie to względnie więcéj jest uzasadnioném, aniżeli poderznięcie gardła. Ze wszystkich bowiem śladów obrażenia, opisanych przez pp. obducentów, był jeden, o którym prawie nie ulega wątpliwości, że powstał za życia, a tym jest złamanie żuchwy. Ponieważ trudno wytłumaczyć, w jaki sposób żuchwa mogłaby w danych warunkach uledz złamaniu po śmierci Mnichówny, więc wypada przypuścić, że Mnichówna za życia uderzoną została narzędziem tępém lub tępo kanciastém, jak np. siekierą, w żuchwę, a przynajmniéj pod tym względem zeznanie Stochlińskiego, jako Mnichównę siekierą uderzył w głowę, zasługuje na wiarę. Złamanie żuchwy, co prawda, ani śmierci nie wywołało ani nawet przyczynić się do niéj nie mogło; ale skutkiem sprawdzenia tego jednego uderzenia i drugie uderzenie, zadane w sklepienie czaszki, nabiera więcéj prawdopodobieństwa. Uderzenie to, jeżeli nastąpiło, w każdym razie nie wywołało pęknięcia czaszki, bo czaszka okazała się całą; ale wywołać mogło wstrząśnienie mózgu lub wynaczynienie krwi do jamy czaszkowéj i śmierć przez ucisk mózgowy lub téż w inny sposób, jak np. przez upadnięcie lub strącenie pozbawionéj przytomności w błoto i pozostawienie jéj w pozycyi, w jakiéj ją znaleziono, i uduszenie się w błocie; wszakże i przeciw temu rodzajowi śmierci żaden szczegół protokółu sekcyjnego wcale nie przemawia! Niestety niedokładny opis zmian znalezionych na czaszce, na oponach i w mózgu, oraz późniejsze zeznania znawców po części sprzeczne między sobą i z protokółem pierwotnym, wreszcie trudność zasadnicza rozpoznania ścisłego takich zmian na trupie mocno gnijącym, uniemożebniają orzeczenie, czy były ślady i następstwa uderzenia lub nie.

Krótko sprawić się mogę z resztą śladów obrażenia znalezionych na trupie, jako niewątpliwie powstałych dopiero po śmierci Mnichówny i albo żadnego nie mających znaczenia, albo znaczenie tylko uboczne. Do pierwszych zaliczam: obnażenie czaszki, które według obducentów ma dowodzić skalpowania i wycięcie części płciowych zewnętrznych, — zmiany, które nie są niczém inném, jak tylko następstwem zgnilizny; do ostatnich zaliczam odcięcie warkoczy i wycięcie płodu. Zmiany te mogą rzucić pewne światło na pobudki czynu, jakkolwiek światło mdłe. Według wyniku badania włosów przez komisyję Wydziału odcięcie warkoczy nastąpiło z pewnością; ale w jakim celu? Jeżeli w celu, aby trupa nie poznano, to zachodzi pytanie, dla czego sprawca pozostawił warkocze te prawie na miejscu czynu, dla czego ich nie zabrał ze sobą lub nie zniszczył, dla czego pozostawił na trupie odzież, po któréj natychmiast tożsamość osoby sprawdzić zdołano? Co do wyjęcia płodu, to wielka szkoda, że Wydział nie miał przed sobą macicy, która z polecenia przewodniczącego rozprawie pierwszéj została zniszczoną, ani owych kawałków powłoki brzusznéj, które pp. obducenci oddali po sekcyi w przechowanie Sądu, a które zniknęły zdaje się odrazu; ale uznając fakt przecięcia macicy i wyjęcia płodu za niewątpliwy, jakkolwiek Sąd Najwyższy za taki go nie uznaje, — powtórzyć wypada zdanie tegoż Sądu, że stoimy tu przed zagadką, rozwiązać się niedającą! Rzecz to bowiem arcyniezwykła, aby morderca zabrał się do sekcyi swojéj ofiary, aby prosty wieśniak lub karczmarz potrafił wykonać cięcie cesarskie, nie wchodząc już w wskazanie do tego rękoczynu, czyli w motywa, któremi sprawca się kierował, które również pozostaną niejasnemi, albowiem jeżeli przez wyjęcie płodu zamierzył usunąć ślady ciąży, to przecież pozostawił macicę, a przypuścić się godzi, że kto umie dobywać się do płodu, wie także, że w ciąży macica jest powiększoną i objętością swoją świadczy o tém, co usunąć miano.

Zaiste szczególne *fatum* zawisło nad tą nieszczęsną sprawą a liczne okoliczności składały się na to, że śmierć gwałtowna Franciszki Mnichówny nie została pomszczoną! Ubolewania godną jest rzeczą, że sprawiedliwości nie mogło stać się zadosyć, ale pocieszającą przynajmniéj, że nie popełniono także niesprawiedliwości względem nikogo, bacząc na to, że z trzech oskarżonych przynajmniéj jedna osoba mogła być niewinną, a mnożące się w nowszych czasach przypadki, w których niewinność skazanych po zapadłym wyroku, czasem po wielu latach dopiero na jaw wychodzi, nakazuje wielką ostrożność!

II Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.
asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

2. Sebastyjan Worwa, chłopiec 8-miesięczny, przyjęty do szpitala 7go sierpnia 1879 z ostrym nieżytem jelit. Miernie odżywiony, kościec prawidłowy, obwód czaszki 42cm., wymiar prosty 14, poprzeczny 12cm. przy obwodzie klatki piersiowéj 37, a długości ciała 69cm. Cera brudno ziemista, błony śluzowe blade, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe. Brzuch zapadły, ciastowaty, śledziona macalna. Dziecię ma cierpieć na silne rozwolnienie. 8/8 ciepłota ranna 38·0, niespokój, chwilami zez zbieżny, oblizywania się i wykrzykiwanie charakterystyczne przeraźliwe. Tętno nikłe, nieregularne, c. w. 37·1. Stolców kilkanaście. 9/8 o godzinie 7 rano umarł wśród ogólnego zapadu. Wymiotów ani drgawek nie było.

Sekcyja wykonana 10 sierpnia 1879 wykazała: *Hyperaemia meningum convexitatis, hydrocephalus internus acutus, bronchitis, atelectasis disseminata, catarrhus intestini tenuis et crassi, hyperplasia glandular. mesaraicarum.*

3. Maryja Buczyńska, dziewczyna $1^1/_2$-roczna, przyjęta 14 października 1879. Kościec prawidłowy, obwód czaszki 45, wymiar prosty 16, poprzeczny 13, obwód klatki piersiowéj 43, długość ciała 71cm. Podściółka tłuszczowa zanikła, przerost gruczołów pachwinowych. W obu płucach oddech zaostrzony, w częściach dolnych pokryty furczeniami. Poniżéj kąta łopatki lewéj odgłos wypukowy bębenkowy, przy głębokim wdechu trzeszczenia. Śledziona macalna, rozwolnienie. W dalszym ciągu zauważono napady zimnicze atypiczne, które dopiero 29 października ustały, podczas gdy rozwolnienie wciąż się utrzymywało. Stan płuc był zmienny, objawy nieżytu oskrzeli ciągłe. 11 listopada odgłos wypukowy przytłumiony po stronie prawéj w szczycie, oddech chuchający. 19 listopada wykrzykiwania, wymioty. 20/9 wymioty, zgrzytanie zębami, śpiączka, źrenice wąskie, *nystagmus*; tętno nieregularne, nitkowate, c. r. 38·0. Po południu mlaskanie a o godzinie 9 wieczór śmierć śród drgawek.

Sekcyja wykonana 22 listopada 1879 wykazała: *Pneumonia lobularis bilateralis praecipue sinistra. Pleuritis fibrinosa recens apicis pulmon. dextri. Oedema pulmonis utr. acutum. Residua post catarrh. intestini tenuis, hyperplasia glandul. mesaraicar. Melanosis lienis insignis. Hydrocephalus ventriculorum nec non cornuum minoris gradus acutus.*

4. Maryja Behmówna, dziewczyna 8-letnia, oddana do szpitala 6 stycznia 1880 w stanie konającym. Okres wysypywania ospy. 7/1 o godzinie 3éj rano śmierć wśród drgawek.

Sekcyja wykonana 8go stycznia wykazała: *Hyperaemia meningum cum hydrocephalo recenti et gyrorum utriusque insigni applanatione. Bronchitis putrida pulmonis dextri, hyperaemia et oedema utriusque. Tumor lienis recens.* „Czaszka prawidłowa symetryczna, opona twarda gładka, blada, lśniąca, wzdłuż zatok silnie drzewkowato nastrzyknięta, miernie napięta. Opony miękkie blade, przeświecające, na bokach znacznie drzewkowato nastrzykane, w rowkach podpajęczych bardzo mała ilość surowicy. Zwoje mózgu wybitnie spłaszczone, miąższ w całości wiotki, miękki; na rozkroju kora węższa, nieco ciemnoszara, wybitnie od rdzeniowéj istoty odgraniczona, okazuje nie wiele prążków lub kropek ciemnoczerwonych. W istocie rdzeniowéj miękkiéj soczystéj, gdzieniegdzie tylko kropki i prążki ciemnoczerwone. *Etat criblé.* Komórki mózgowe zawierają znaczniejszą ilość płynu surowiczego nieco mętnego, wyściółka blada, gładka, cienka“.

5. Maryjanna Dziwiszówna, dziewczyna 5cio-letnia, przyjęta 20 lipca 1880. Wywiadów nie ma żadnych. Miernie odżywiona. Ślady przebytéj krzywicy lekkiego stopnia na klatce piersiowéj i kościach długich. Czaszka prawidłowa, obwód jéj wynosi 50cm., wymiar prosty 17, poprzeczny 14cm., przy obwodzie klatki piersiowéj 49, a długości ciała 96cm. Na skórze zmian nie ma, cera blada, błony śluzowe niedokrewne, język szeroki, obłożony. Oddech przyspieszony, w klatce piersiowéj jednak żadnych zmian wykazać nie można. Brzuch miernie napięty, wątroby ani śledziony wymacać nie można. Gruczoły pachwinowe przerosłe. Nie gorączkuje, przytomna zupełnie żali się tylko na ból brzucha. 27/7 zrana po śniadaniu wymioty, chora osowiała. W stolcu, po zażyciu olejku rącznikowego, kilka glist. 22/7 Bezłakność, ból głowy, wymioty, ciepłota wieczorna 38·5°. 23/7 c. r. 37·8, c. w. 38·8. Wymiotów nie było, natomiast nudności, zresztą stan ten sam. Zatrzymanie stolca. 24/7 c. r. 38·0. Rano po wypiciu mleka wymioty. W nocy zrywała się kilkakrotnie ze snu. Wypukiem stwierdzić można rozszerzenie żołądka. Mocz badany dnia dzisiejszego nie okazuje nic nieprawidłowego, c. w. 39·3°, tętno bardzo przyspieszone lecz regularne. 25/7 c. r. 37·5°, c. w. 38·3. Popołudniu nagle wystąpiły drgawki kloniczne rozpoczynające się od mięśni twarzy, późniéj ogólne, symetryczne, trwające 3 godziny. Następnie nieprzytomność i śpiączka. 26/7 c. r. 36·2. Chora nieprzytomna, powieki pół przywarte, gałki oczne zatoczone ku górze, źrenice jednostajnie zwężone, *paresis facialis sinistra.* Tętno i oddech regularne, język mocno obłożony. W klatce piersiowéj zmian nie ma, brzuch nieckowato zaciągnięty, wymiotów ani stolca nie było, c. w. 38·0. 27/7 c. r. 37·5, wpółprzytomna, żali się na ból głowy, ruchy gałek ocznych swobodne, źrenice prawidłowéj szerokości, reakcyja należyta. Wieczorem c. 37·0. Na skórze twarzy i odnóg górnych, zwłaszcza na stronie wyprostnéj przedramion w trzeciéj części dolnéj, daléj na grzbiecie rąk i ponad stawami pachowemi nieliczne plamy czerwone, nieregularne, od wielkości grochu do wielkości czworaka, nacieczone, twarde, wystające ponad powierzchnię skóry, miernie bolesne. 28/7 c. r. 37·0, ospałość, brak apetytu, źrenica lewa znacznie szersza. 29/7 stan lepszy, nie gorączkuje, wejrzenie swobodniejsze, *paresis* mniéj widoczna, źrenice równe, apetyt wraca. Chora zażywa wciąż kalomel po 0·02. Co 2 godziny proszek. 30/7 c. w. 38·8, w południe wymioty, jęczenie, chwytanie się za głowę, źrenica lewa znów szersza. 31/7 stan ten sam. 1/8 bardzo częste i obfite wymioty płynem trawiasto-zielonym. 2/8 c. r. 37·8, ciągle jęczenie, półprzytomna, na pytania nie odpowiada, lecz wskazuje na głowę, czucie na odnogach dolnych upośledzone, podobnie odruchy. Stłumienie nad zatoką biodrową prawą, c. w. 38·0. 3/8 o godzinie 7 rano umarła w zapadzie. Drgawek nie było.

Sekcyja wykonana 4go sierpnia wykazała: *Ecchymoses ventriculi et textus subperitonealis intestini ilei. Bronchitis diffusa bilateralis. Infiltratio adiposa hepatis. Tumor lienis chronicus, oedema pulmonis utriusque acutum.*

Dla niestosunku rozpoznania anatomicznego z rozpoznaniem klinicznėm *Hydrocephalus ventriculorum*, a właściwie dla braku w protokole sekcyjnym przyczyny śmierci, gdyż powyższe zmiany zejścia śmiertelnego nam nie tłumaczą, po-

zwolę sobie przytoczyć kilka ustępów z protokółu sekcyjnego, a mianowicie: „Przyskórek schodzi w dużych strzępach z gnijącéj skóry brudnoczerwonéj, na brzuchu zielonawéj. Podściółka tłuszczowa licha. Czaszka prawidłowa, umiarowa, kości cienkie. Opona twarda jednostajnie brudno czerwona, napięta nieco, wewnętrzna powierzchnia gładka, zatoki prawidłowe. Opony miękkie cienkie brudnoczerwonawe. Zwoje mózgu wydatne, mózg w całości rozpływający się, gnijący, na przekroju szarawy, śladów zmian miąższu wykazać nie można. Komórki mózgowe nieco szersze. Treści nieprawidłowéj w znaczniejszéj ilości nie można stwierdzić. Wielkie zwoje równie jak reszta miąższu mózgowego w wysokim stopniu zgnilizną dotknięta. Otrzewna gładka, połyskująca, blada, w tkance podotrzewnowéj jelit położone są liczne świeże wynaczynionki krwi ciemnoczerwone wielkości główki od szpilki do ziarna grochu, przeświecające przez otrzewnę, dokładnie odgraniczone. Jama otrzewnowa nie okazuje treści nieprawidłowéj. Błona śluzowa żołądka okazuje liczne krupkowate miejscami nawet prążkowate żywoczerwone wynaczynionki, ściana żołądka pokurczona, błona śluzowa pokryta obficie szarawym śluzem. W jelicie cienkiém, prócz nielicznych w warstwie podśluzowéj usadowionych wynaczynionek, żadnych zmian“.

W obec tego rezultatu sekcyi pytamy się przedewszystkiém, z czego właściwie chora umarła? Czy przyczyną śmierci były może te wynaczynionki nieliczne na błonie śluzowéj żołądka lub w tkance podotrzewnowéj, czy może był nią nieżyt oskrzeli zresztą wcale miernego stopnia? Nacieczenie tłuszczowe wątroby zazwyczaj nie jest śmiertelném ani téż przewlekły obrzęk śledziony. Obrzęk zaś płuc wytworzył się dopiero podczas konania. A czy może z całości tych zmian da się złożyć obraz anatomiczny jakiejś znanéj choroby. Czy może to była jakaś choroba zakaźna? I to pytanie, pominąwszy już objawy spostrzegane za życia, stanowczo zaprzeczyć musimy. Pozostawałoby jedynie przypuszczenie jakiego możliwego otrucia. Sekcyja nie wykazała jednak żadnych nadżerek ani ubytków w błonie śluzowéj żołądka, lecz tylko drobne wynaczynionki, w jelicie samém zaś żadnych zmian nie było. Zresztą musiałoby to być jakiś otrucie chroniczne, bo chora przebywała w szpitalu dni 15, a już od początku występowały objawy chorobowe.

Drugie pytanie, które się nasuwa jest to, co znaczy tak szybko postępująca sprawa zgnilizny, ograniczająca się jednak tylko do skóry i do mózgowia. Chora umarła 3/8 o godzinie 7 rano, a sekcyję wykonano 4/8 o godzinie 10éj rano, a zatém w 27 godzin po śmierci, dla czegóż w innych przypadkach w tymże samym czasie sekcyjonowanych zgnilizny jeszcze nie stwierdzono. Temperatura była ta sama, upały może nawet większe, a nie zawsze można było wykonać sekcyję tak prędko, takiego stopnia zgnilizny jednak nie napotkaliśmy. A czy może mózg był już w jaki sposób chorobowo zmieniony i do prędszego gnicia usposobiony? Czy zabarwienie opon zależało tylko od imbibicyi pośmiertnéj, czy komórki rozszerzone, jak opiewa protokół sekcyi, nie zawierały jakiéj treści nieprawidłowéj? Tylko „treści nieprawidłowéj w znaczniejszéj ilości“ nie było można stwierdzić. Dla nas wystarczały te zmiany w zupełności do przypuszczenia, iż w danym przypadku nie ma innéj przyczyny śmierci jak zapalenie opon z wysiękiem do komórek, a właśnie przekrwienie to mózgu i większa jego obfitość w wodę przyczyniła się do prędszego nastąpienia sprawy gnicia.

Wróćmy teraz do objawów chorobowych za życia spostrzeganych. Takiemi były: 1) nieregularne zachowanie ciepłoty, któréj najwyższy stopień wynosił 39·3, najniższy 36·2, eksacerbacyje ciepłoty wieczorne przeszło o 1°; 2) wymioty tak na czczo jak i po wypiciu czego, obfite, w czasie późniejszym trawiasto-zielone, 3) zatrzymanie stolca i zaciągnięcie nieckowate brzucha, 4) ból głowy, zrywanie się ze snu, utrata humoru i ospałość; 5) drgawki ogólne, nieprzytomność, zwężenie źrenic, *paresis facialis;* 6) po krótkotrwałém polepszeniu stanu ogólnego na nowo wymioty, nierówne zachowanie źrenic, wzmagający się ból głowy, przytępienie czucia, niepewna przytomność. Nadto stwierdziliśmy jeszcze: 1) obecność glist w jelicie lecz tylko raz zaraz po przyjęciu choréj i 2) wystąpienie wysypki *erythema nodosum exsudativum* 27 lipca, t. j. na drugi dzień po wystąpieniu drgawek. Sądzę, iż zbyteczném jest dowodzić, że obecność kilku glist w jelicie z przebiegiem i istotą choroby nic wspólnego nie miała, co do *erythema nodosum acutum* zaś, to wiadomém jest z pracy Lewina, iż występuje czasem w postaci choroby zakaźnéj ogólnéj, do duru podobnéj, lecz tak wybitnych objawów mózgowych jak w naszym przypadku nigdy nie zauważono. Wysypka w przypadku naszym była zresztą mierną i ustępowała prędko, podczas gdy przypady mózgowe trwały ciągle i znów się wzmagały; była ona zatém tylko jeszcze jednym objawem więcéj zadrażnienia ośrodków nerwowych. Ponieważ zresztą w innych narządach nie mogliśmy żadnych zmian wybadać i nie jest nam znaną żadna inna choroba, którаby klinicznie podobnie przebiegała a w dodatku zakończyła się śmiertelnie, nie mogliśmy nic innego rozpoznać jak tylko *Hydrocephalus acutus,* tém bardziéj że po pierwszym ataku, który dziecko przeniosło, nastąpiło wnet pogorszenie tak zwany *Nachschub,* któremu pacyjentka uległa.

6. Rozalija Bogucka, dziewczyna 3-letnia, przyjęta do szpitala 24go października 1880 konająca. Cierpiała w domu najpierw na silne rozwolnienie, od 4ch dni wymioty, drgawki i śpiączka. Dobrze odżywiona, kościec prawidłowy. Ustawiczne drgawki kloniczne mięśni twarzy i języka, który ciągle na wierzch wystawia. Źrenice rozszerzone. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch miernie wysklepiony. Tętno nieregularne, ciepłota niepodwyższona. Nieprzytomność. Nazajutrz o godzinie $4^1/_2$ rano śmierć.

Sekcyja (26 października) wykazała: *Hyperaemia meningum, hydrocephalus internus acutus, bronchitis diffusa, enteritis follicularis.*

7. Benjamin Guttmann, chłopiec 8 letni, przyjęty 2go listopada 1880. Pochodzić ma z rodziny zdrowéj. Dotychczas przebywał jedynie tylko odrę. Od 6ciu miesięcy cierpi często na kilka dni trwające zaparcie żywota, ból głowy i częste wymioty. W przerwach pomiędzy takiém zapadaniem był zupełnie zdrowy i swobodny. Przed tygodniem miał dostać silnéj gorączki, bólu głowy, wymiotów i drgawek; nazajutrz po minięciu nieprzytomności okazało się, iż zaniewidział. Dobrze odżywiony, kościec prawidłowy, czaszka duża, obwód jéj wynosi 53cm., wymiar prosty 18, poprzeczny 15, przy obwodzie klatki piersiowéj 57cm., a długości ciała 1·07cm. Żyły czaszkowe porozszerzane, powieki przymknięte, spojówki i rogówki prawidłowe, źrenice obu oczu jednakowo porozszerzane, z głębi odblask siwy. Stos pacierzowy, w części piersiowéj zwłaszcza, na ucisk bolesny. Skóra i błony śluzowe prawidłowe. Mięśnie jędrne, gruczoły nieprzerosłe. W płucach zmian nie ma, tony serca słabe, ton skurczowy nad

komórką lewą nierowny. Wątroba ani śledziona niemacalne; oddawanie kału i moczu prawidłowe. Chłopiec przytomny, w sferze czucia prócz znacznéj przeczulicy skóry zmian nie ma; ruchy w położeniu leżącém wszystkie swobodne, postawiony jednak ma zawsze dążność do upadania ku tyłowi, przy chodzeniu wstępuje na pięty nie na palce. Kurczliwość elektromięśniowa prawidłowa. Chory nie ma wcale poczucia światła, badanie wziernikiem, uskutecznione przez kolegę Dra Macheka, wykazało: *neuritidem descendentem oculi utriusque.* W moczu ślad białka, w osadzie mnóstwo fosforanów. Nie gorączkuje. 3/9 wymioty śluzowe, żółtawo zabarwione naczczo. Mimo energicznéj kuracyi, okładów lodowych, wcierań *unguenti hydrarg. cinerei*, podawania *Kali jodati* żadnego polepszenia nie zauważono. 15go, 16 i 17go na nowo wystąpiły wymioty i żalił się na ból głowy. 19go wyszedł na żądanie rodziców. O dalszych losach chłopca nic dowiedzieć się nie mogłem, dla tego też w rozbiór tego przypadku wdawać się nie można. Ponieważ jednakowoż inne choroby powodujące tak nagłe zaniewidzenie i powstanie *neuritidis optic. descendentis* wykluczyć można, możemy przypuścić, iż przyczyną jego był *hydrocephalus acutus.*

III. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Cornil: O stosowaniu środków leczniczych w postaci gazu do kiszki stolcowéj.

Już Klaudyjusz Bernard dowiódł, że gazy wprowadzone do kiszki stolcowéj zostają wydzielone przez płuca. Na podstawie tego faktu Chantennon wprowadzał do kiszki stolcowéj kw. węglowy wraz z parami dwusiarczku węgla u astmatyków i suchotników a chorzy ci czuli się po takich próbach znacznie lepiéj i duszność bywała mniejsza. U 9 suchotników przy takiém postępowaniu ogólny stan się poprawił, chorych przybywało na wadze po $^1/_2$—1 klg. przez tydzień, kaszel się zmniejszał i plwociny były skąpsze. Nie wszystkie gazy znoszą chorzy dobrze gdyż niektóre z nich jak chlor, terpentyna, amonijak, brom, jod sprowadzają zapalenie bł. śluzowéj. Najlepiéj jeszcze znoszą wód i kw. węglowy z parami dwusiarczku węgla.

Jakkolwiek nie można jeszcze stanowczego wniosku podać o skuteczności tego sposobu leczenia, jednak próby dotąd przez Cornila na zwierzętach robione rokują jak najlepiéj. (*Wien. med. Blätter*, Nr. 45). *Dr. J. Surzycki.*

Prof. Dr. L. Oser: Patologija i terapija cholery.

Prof. O. uważa za jedynie możliwą hipotezę Kocha, opartą na prątku cholerycznym. Według Kocha prątek choleryczny wytwarza jad, który sprawia obumarcie błony śluzowéj i wytwarza zaburzenia w krążeniu. Przez nekrozę przybłonka bł. śluzowéj kiszek powstaje olbrzymie wydzielanie się soków do kiszek, utrata płynów i dalsze następne charakterystyczne objawy cholery, kończące się asfiksyją i wstrząsem. Ze sposobów leczenia podaje prof. O. zalecane przez Dra Weissa używanie po każdém jedzeniu lub piciu kw. solnego 8—10 kropli w wodzie, lecz nie uważa za dobre twierdząc że chorzy na żołądek, u których zawsze kw. solny znajduje się w żołądku nie są wcale zabezpieczni od cholery i tak samo jéj podpadają jak wszyscy inni. Lisle podawał *Cuprum sulphuricum*, ponieważ robotnicy zatrudnieni przy miedzi mieli nie podlegać cholerze, przy tym jednak sposobie leczenia dobrych skutków nie osiągał. Również złe wyniki dały środki wymiotne, *Nitras argenti, Calomel, Magnesia sulfurosa, Guaco, Ol. Ricini, Tinct. Strammonii, Chlorodine* Dra Collis Browna lub *Aqua nicotiana* z *Natrium aceticum.* Z metod zasługujących jedynie na uwzględnienie należy wymienić prof. Cantaniego, szczegółowo opisaną w innym referacie w Przeglądzie Lekarskim. Prof. Oser nie przypuszcza jednak, ażeby przy zwykłych warunkach można było po wstrzyknięciu 2 litrów płynu do kiszki stolcowéj dojść aż do dwunastnicy, ponieważ, jak sądzi, u ludzi żyjących zastawka Bauhiniego dobrze zamyka. Działanie więc takich lawatyw przypisać należy wchłanianiu kw. garbnikowego i makowca. Wstrzykiwanie zaś podskórne roztworu węglanu sodu i soli uważa za racyjonalne i w wielu razach za bardzo skuteczne. Inne metody jak Richardsona wstrzykiwania podobnych rozczynów do jamy brzusznéj, Spila do jamy opłucnowéj, Stewarta wstrzykiwania chloralu, Chapmanna okłady lodowe, Kashimura lód na brzuch i wewnętrznie, Vigouroux elektryczność statyczna nie okazały się praktycznemi. Prof. O. opierając się na własnych spostrzeżeniach podaje następujące postępowanie jako odpowiednie: w okresie rozwolnienia cholerycznego należy zastosować leżenie w łóżku, ciepłe okłady czyto suche, czy mokre, makowiec w dużych dawkach *per os* lub *per anum* i w tym już czasie podawać środki podniecające jak wino, koniak, szampan, kawę, herbatę, rum. Obok tego nawet już w tym wczesnym okresie stosować trzeba Cantaniego enteroklysmy. W okresie drugim cholery obok już podawanych środków należy robić podskórne wstrzykiwania z opium lub morfinu. Szczególnie ten ostatni okazał się skutecznym w epidemii r. 1886. W okresie asfiksyi: wstrzykiwania z kamfory i eteru (1 na 8—10) lub samego eteru, podawanie eteru wewnętrznie, koniaku, szampana, rozcieranie ciała gorącemi flanelami, ogrzewanie flaszkami z gorącą wodą, wreszcie wstrzykiwania podskórne według Cantaniego. Ciepłe zaś kąpiele i morfin w tym okresie nie wywierają żadnego już skutku. W okresie zaś reakcyi postępowanie powinno być symptomatyczne. Częste picie niewielkiéj ilości płynu, lodowe okłady na głowę przy bólach głowy lub majaczeniach bywają pomyślnym uwieńczone skutkiem. W okresie zaś tyfoidalnym przy wymiotach stosować należy wstrzykiwania morfinu, przy anuryi ciepłe kąpiele, częste picie i wewnętrznie *Kali aceticum.* Choroby zaś następowe leczy się według zwykłych zasad medycyny. (*Wien. med. Blätter*, 1886, Nr. 44, 45, 46). *Dr. J. Surzycki.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie VIII z d. 28 listopada 1886 r.

Przewodniczący kol. Korczyński.

Obecni członkowie Koll. Cybulski, Gluziński, Jaworski.

Zaproszeni goście: Drowie Buszek i Murdzieński, prof. Olszewski, i Dr. Walentowicz.

1. Kol. Jaworski jako referent sprawy mleczarni w Grodkowicach złożył następujący referat:

Na podanie WPana Żeleńskiego, właściciela Grodkowic z przyległościami wniesione do Towarzystwa lekarskiego w dniu 18 października b. r. celem uznania jego mleczarni za odpowiadającą wymogom zdrowotnym i lekarskim, a przesłane do sprawozdania Komisyi przemysłowo-lekarskiéj, powzięła ta komisyja na dniu 27 października 1886 r. uchwałę, aby wysłać na miejsce Komisyję złożoną z koll. Walentowicza i Jaworskiego w celu bliższego zbadania stanu rzeczy, a mianowicie, aby się dowiedzieć: 1) Jakiego rodzaju jest urządzenie mleczarni? 2) W jakim stanie znajduje się obora? 3) Jakiego rodzaju jest żywienie

inwentarza? 4) Jaki jest stan zdrowia służby zajętéj w oborze? 5) Jaka jest jakość mleka co do składu chemicznego?

Komisyja wydelegowana udała się 11 b. m. na miejsce i stwierdziła stan następujący: W jednéj obszernéj ubikacyi mogącéj pomieścić przeszło 100 sztuk bydła znajduje się obora; w drugiéj zaś odosobnionéj, cementem wyłożonéj, bardzo schludnie utrzymanéj, odbywa się manipulacyja z mlekiem. Co do saméj obory znalazła Komisyja stan zdrowia krów ogólny, jakotéż żywienie tychże zupełnie odpowiednie. Referat rzeczoznawcy kol. Walentowicza opiewa:

„Przybywszy na miejsce zastałem oborę składającą się z 65 sztuk krów rasy holenderskiéj w kraju wychowanych, z których każda liczy lat od 2 do 9. Umieszczone są one w stajni murowanéj, obszernéj, suchéj, widnéj i sklepionéj a wentylacyja i ścieki w niéj tak odpowiednio są urządzone, iż powietrze w stajni jest zupełnie czyste. Po zbadaniu stanu zdrowia krów dobrze odżywionych (za pomocą opukiwania, osłuchiwania i mierzenia ciepłoty) okazało się, że z wyjątkiem trzech sztuk, które dla wszelkiéj ostrożności z obory usunąć poleciłem, wszystkie inne krowy są zupełnie zdrowe.

Żywienie krów odbywa się według następującéj normy:

	Suche części	białko	tłuszcz	wodniki węgla
Norma dla krów dojnych 0500kg.	12k.	1·25k.	0·22k.	6·25k.
23·3k. wywozu ziemiaczanego	2·51	0·45	0·06	1·93
10 k. buraków pastewnych	1·50	0 132	0·012	1·20
1·15k. strączków rzepakowych	1·00	0·02	0·008	0·04
1·15k. plew i odpadków z młockar.	1·00	0·017	0 007	0·04
10 k. kiszonki z kukurydzy	2·14	0 07	0-05	1·04
3 k. siana	2·47	0·16	0·03	1·23
0·4 k. makuchu rzepakowego	0·35	0·101	0·03	0·14
0·4k. osypki jęczmiennéj	0·30	0·032	0·008	0·23
0·6 osypki bobowéj	0·51	0·138	0·008	0·30
1·5k. słomy jęczmiennéj	1·28	0·045	0.012	0·54
Suma	12.06	1·165	0·225	6·69

jest odpowiednie i wpływa korzystnie na jakość mleka zwykle u holenderskiego bydła dosyć wodnistego. Właściciel świadomy celu mojéj bytności w jego oborze oświadczył gotowość niedojenia krów wyżéj nad 6 miesięcy oraz umieszczenie cielących się w osobnéj stajni, a to z tego powodu, że krowy dojone w późnych miesiącach cielności dają mleko brzydkie, ciągnące się, w ogóle niedobre, krowy zaś cielące się zapadają czasem na posokowate zapalenie macicy, które na krowy cielne, daje się łatwo przenosić i wywołuje u tychże tę samą chorobę i następnie porzucanie, co także dla jakości mleka obojętném nie jest. W końcu nadmienić muszę, że właściciel zobowiązał się również zmywać przed dojeniem, celem większéj czystości, dojki i wymię 1% kwasem borowym lub boraksem. Co do stanu zdrowia służby znaleziono ją zdrową i schludnie ubraną".

Co się tyczy traktowania samego mleka, to odbywa się ono w wyżéj wspomnianym lokalu. Mleko do cynowych skopców wydojone, zostaje dwa razy przez płótno i sito do dużych konewek cynowych sączone. Następnie przepuszcza się je według metody Schwartza przez chłodnicę cynową, oziębioną wodą lodową, poczém wlewa się je natychmiast do puszek cynowych szczelnie zamkniętych i plombowanych. Puszki te wstawia się we wodę lodową, a po oziębieniu przesyła z Grodkowic przez stacyję kolejową Podłęże do Krakowa, gdzie rano konsumenci w sklepie przy ulicy Brackiéj l. 5 puszki plombowane dostają, a wypróżnione w domu oddają w celu napełnienia ich w Grodkowicach. Całe postępowanie z mlekiem odbywa się z najmożliwszą czystością. Oprócz uwag poczynionych właścicielowi a zawartych w sprawozdaniu rzeczoznawcy kol. Walentowicza, zgodził się WPan Żeleński na propozycyję, aby dostarczać mleka kwaśnego do Krakowa na zamówienie dla chorych. Mleko to w postaci używanéj w zakładach wodoleczniczych będzie właściciel w ten sposób wyrabiał, że mleko zbierane podda samowolnéj fermentacyi mlecznéj, poczém ma ono być jak najdokładniéj kłócone i w naczyniach porcelanowych szczelnie zamkniętych do Krakowa przywożone. Co się tyczy propozycyi wyrobu mleka zagęszczonego, to przyrzekł WPan Żeleński wziąć tę sprawę na przyszłość pod rozwagę. Również okazał właściciel gotowość zaopatrywania się w przybory potrzebne u krajowych przemysłowców".

Ostatecznie wzięła Komisyja mleka zmięszanego z podoju południowego 3 litry do puszki cynowéj hermetycznie zamkniętéj w stanie takim, w jakim konsumenci je w Krakowie otrzymają i oddała prof. Olszewskiemu do rozbioru chemicznego, którego wynik jest następujący:

„Nadesłane mleko otrzymano w szczelnie zamkniętéj i ołowianą pieczęcią opatrzonéj blaszance (Patent Fleischmann). Przy badaniu otrzymano następujące wyniki:

Ciężar gatunkowy 1·0315.

Ilość śmietany 15% na objętość.

W 100gm. badanego mleka znaleziono:

Wody . .	85·62%	
Sernika . .	4·06%	14·38
Białka . .	0·36%	
Tłuszczu ,	5·70%	
Cukru . .	3·54%	
Soli . . .	0·72%	

Porównanie składu badanego mleka ze składem mleka krowiego w ogóle z uwzględnieniem ilości minimalnych i maksymalnych obliczonych na 100gr. mleka.

Ciężar gatunkowy między 1·029 a 1·0335.

	Minimum.	*Maximum.*	Średnia.	Mleko badane.
Wody	83 97%	91·50%	87 42%	85·62%
Sernika	1·17 „	5·74 „	2·88 „	4·06 „
Białka	0·04 „	5·04 „	0 53 „	0·36 „
Tłuszczu	2·04 „	6·17 „	3·65 „	5·70 „
Cukru	2·00 „	6·10 „	4·81 „	3·54 „
Soli	0·34 „	0·98 „	0·71 „	0·72 „.

Z przedłożonego zestawienia okazuje się, że badane mleko co do ilości wody zbliża się do minimalnéj ilości, co do ilości sernika, tłuszczu i soli przewyższa ilość średnią, zbliżając się do maksymalnéj, a co do ilości białka i cukru przewyższa ilość minimalną zbliżając się do średniéj. W celu przekonania się czy przez pozostawienie mleka w naczyniu blaszaném, w którém takowe nadesłaném zostało do rozbioru, małe ilości metalu do mleka nie przechodzą, pozostawiono mleko przez 24 godzin w blaszance a następnie po upływie tegoż czasu badano czy mleko zawiera metale zdrowiu szkodliwe. Przy użyciu do tego celu 1 litra mleka nie wykryto ani cyny, ani ołowiu".

Na podstawie tego rozbioru i przedstawienia powyższego Komisyi delegowanéj a to w szczególności ze względu, aby lekarze polecający mleko do użycia mogli mieć gwarancyję, że stosują przetwór o dobréj i zawsze stałéj jakości i nie potrzebowali się obawiać niepożądanych i nieprzewidzianych skutków, jakie za sobą niekiedy pociąga stosowanie mleka o nieznanym składzie chemicznym i z niewiadomego źródła pochodzącego, powzięła Komisyja przemysłowa następujące uchwały:

1. W obec dobrze utrzymanéj i racyjonalnie żywionéj obory, w obec stosownego traktowania i przechowywania mleka, w obec dobréj jakości tegoż, zwłaszcza, iż podobno jestto pierwsze mleko w Galicyi, którego właściciel przedstawił je do rozbioru chemicznego, mleko z mleczarni WP. Żeleńskiego w Grodkowicach zasługuje na uwzględnienie i poparcie ze strony Towarzystwa lekarskiego.

2. Mleko to zadość czyni wymogom zdrowotnym i higijenicznym.

3. Mleko to poleconém być może nietylko do użytku dla zdrowych, ale i przez lekarzy do stosowania go u chorych, jednak pod następującemi warunkami, jeżeli:

a) WP. Żeleński postępować będzie według dotąd praktykowanéj metody i uwag, które poczyniła mu Komisyja delegowana w dniu 11 listopada 1886 r., a o wszystkich ważniejszych zmianach w oborze lub mleczarni donosić będzie Komisyi przemysłowéj, daléj jeżeli:

b) Właściciel mleczarni podda się w przyszłości kontroli i wskazówkom Komisyi przemysłowéj Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i obowiąże się przedkładać téjże Komisyi co miesiąc świadectwo weterynarza co do zdrowia inwentarza, jakotéż świadectwo lekarza co do zdrowia służby.

c) Jeżeli lokal sprzedaży, jakotéż mleko samo wprowadzone do Krakowa właściciel mleczarni odda pod specyjalny nadzór fizyka miasta Krakowa.

d) Jeżeli na zamówienia ze strony chorych będzie właściciel mleczarni dostarczał do Krakowa mleko kwaśne według powyższych wskazówek przyrządzone, które to mleko nazywać się będzie „mleko kwaśne klócone“.

4. Po zobowiązaniu się do wypełnienia powyższych zastrzeżeń WP. Żeleński może na swych naczyniach użyć etykiet z napisem: „Mleko z mleczarni w Grodkowicach uznane i polecone przez Towarzystwo lekarskie a zostające pod kontrolą Komisyi przemysłowéj tegoż Towarzystwa i fizyka miejskiego.

Całą sprawę mleczarni i sposoby jéj popierania ma na najbliższém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego przedstawić kol. Jaworski.

Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu odbytém w dniu 1 grudnia 1886 r. wnioski te zmieniło w uchwałę (zobacz protokół posiedz. Tow. lek. z dnia 1 grudnia 1886).

II. Przewodniczący donosi, że pp. Schönowie z Mydlnik proszą o kontrolę nad ich mleczarnią. Komisyja w zasadzie zgadza się na przeprowadzenie odpowiednich dochodzeń i w tym celu wybiera Komisyję, która ma się udać na miejsce, złożoną z fizyka miasta Dra Buszka, Doc. Dra Jaworskiego, prof. Dra Olszewskiego (chemika) i Dra Walentowicza. Komisyja przy téj sposobności wypowiada zasadę, że uczciwa konkurencyja jest dozwoloną i godziwą.

III. Kol. Murdzieński doniósł o dalszych wynikach szczepienia krowianką p. Kubickiego ze Lwowa. Przewodniczący donosi z dowodów listownych nadesłanych przez p. Kubickiego, że następujący koledzy wyrażają się z zadowoleniem o krowiance p. Kubickiego w r. 1885: Drowie Czyżewicz w Myślenicach, Jasiński we Lwowie, Kramarzyński w Kolbuszowy, Przybylski w Nowym Sączu, Rozner w Kołomyi. Stanko w Tarnowie, Tyralski w Zbarażu, Wągrowski w Czortkowie, Wroński w Gorlicach; w r. 1886: Bartmański w Niepołomicach, Bednarski w Jordanowie, Bielański w Łancucie, Bulikowski w Wiedniu, Ciepielowski w Turce, Dadlez w Rawie Ruskiéj, Januszkiewicz w Pilznie, Kijas w Mielcu, Kołychanowski w Kamionce Strumiłowéj, Machalski w Tarnobrzegu, Mańkowski w Sokalu, Obtułowicz w Buczaczu, Orzakiewicz w Sokołowie, Papieski w Stryju, Piaskiewicz w Kołomyi, Ponikło w Krakowie, Rosenkranz w Sokalu, Roth w Bochni, Siegelbaum w Busku, Stanko w Tarnowie, Steinhaus w Żółkwi, Waligórski w Przemyślanach, Wasylewski w Nisku, Werner w Śniatynie, Węgrzynowski w Rohatynie, Wroński w Gorlicach, Zawadziński w Nowym Targu.

IV. Przewodniczący zawiadamia, że został wybrany przez Tow. lek. krak. do Komitetu wystawy przemysłowéj mającéj się odbyć w Krakowie w r. 1887, że porozumiewał się już z Komitetem Wystawy co do rozmiarów grupy lekarskiéj i proponuje, ażeby Komisyja przemysłowa daléj wspólnie sprawę prowadziła omówiła ją wspólnie z wydziałem Komisyi balneologicznéj i członkami Komitetu wystawy, którzy stoją w pewnym związku z zawodem lekarskim. Wnioski przyjęto. *Doc. Dr. Gluziński*, sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* W Montreal (w Kanadzie), gdzie większa część ludności nie jest szczepioną wybuchła w r. zeszłym epidemija ospy, która z 160.000 mieszk. zabrała 30.000.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 20·1. Z błonicy i dławca umarło 1 (4 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku duru brzusznego i 3 przypadkach duru osutkowego że wsi. W tygodniu od 28 listopada do 4 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 5, w Budapeszcie 85, w Pradze i Paryżu po 2, w Wiedniu i Odesie po 1; w Rzymie 8, w Petersburgu 4. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 2, w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Hamburgu 11, w Paryżu 22, w Petersburgu 10. Z odry umarło: we Wrocławiu 8, w Paryżu 31, w Londynie 60, w Petersburgu 9. Z płonicy umarło: w Kolonii 7, w Hanowerze 11, w Budapeszcie 25, w Londynie 19, w Odesie 15, w Petersburgu 12, w Warszawie 13. Z błonicy i dławca umarło: w Berlinie 28, w Dreźnie 20, w Mnichowie 10, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 12, w Paryżu 22, w Pradze 13, w Londynie 21, w Chrystyjanii 12. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Londynie 20, w Petersburgu 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 listopada do 4 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26.8; we Lwowie 35,9; w Brodach 40,7; w Drohobyczu 57,6; w Kołomyi 28,3; w Przemyślu 22,8; w Stanisławowie 37,9; w Tarnopolu 34,7; w Tarnowie 28,5; w Czerniowcach 25,3; w Warszawie 24,5; w Poznaniu 36,5; w Wiedniu 27,7; w Pradze 36,3; w Salcburgu 25,3; w Gracu 24,9; w Tryjeście 34,3; w Insbruku 35,3; w Pradze 36,3; w Bernie 41,3; w Berlinie 21,5; we Wrocławiu 25,5; w Gdańsku 25,4; w Dreźnie 21,6; w Hamburgu 20,8; w Kolonii 25,1; w Lipsku 14,7; w Mnichowie 28,0; w Strasburgu 31,6; w Bazylei 18,4; w Brukseli 23.5; w Budapeszcie 40,5; w Chrystyjanii 17,1; w Genewie 25,2; w Kopenhadze 15,3; w Londynie 20,3; w Odesie 19,5 w Paryżu 23,3; w Petersburgu 25,5; w Rzymie 23.3; w Stokholmie 14,8; w Wenecyi 22,5; w Zurychu 19.6. *J. B.*

(β.) Statystyka samobójstw w Prusach w r. 1883. Ogółem popełniono samobójstw 6171, z czego 4933 przypada na mężczyzn, a 1238 na kobiety. Wspólnie popełniono samobójstw 40: 17 było takich, gdzie zachodziło podejrzenie zabójstwa; w 147 przypadkach nie można było wykluczyć śmierci przypadkowéj.

Zginęło:	mężczyzn	kobiet	razem
przez powieszenie się	3306	522	3828
„ uduszenie.	5	2	7
„ utopienie	719	519	1238
„ zastrzelenie	568	12	580
z ran kłótych	13	3	16
„ poderznięcie gardła	74	28	102
„ otwarcie żył	23	6	29
„ rozerznięcie brzucha	3	2	5
„ przyjęcie trucizn płynnych lub stałych	120	102	222
„ wdychanie gazów trujących .	7	4	11
„ położenie się na szynach pod pociągiem	60	21	81
„ rzucenie się z wysokości . .	28	17	45
różnemi innemi sposobami zginęło. .	7	—	7

Więcéj niż połowę ogólnéj liczby wynoszą przypadki śmierci przez powieszenie, mianowicie 67% u mężczyzn, a 42·2% u kobiet, z których prawie tyleż (41·9%) zginęło przez utopienie, podczas gdy mężczyzn tym sposobem tylko 18 6%; 11% mężczyzn położyło kres swemu życiu przez zastrzelenie się. Jako pobudki popełnionych samobójstw sprawdzono:

	mężczyzn	kobiet	razem
sprzykrzenie sobie życia . . .	558	97	655
cierpienia fizyczne	340	106	446
choroby umysłowe	1014	491	1505
namiętności	95	80	175
występki	611	27	638
smutek	16	13	29
zgryzoty	726	88	814
wstyd, żal, wyrzuty sumienia .	375	114	489
złość i kłótnie	167	41	208
inne pobudki	50	6	56
razem znane pobudki	3952	1063	5015
nieznane powody	981	175	1156.

Wykluczając samobójstwa popełnione z nieznanych pobudek wypada, że prawie u 1/3 ogólnéj cyfry były powodem choroby umysłowe, mianowicie u mężczyzn 25·7%, u kobiet 46·2%. Daléj u mężczyzn stanowiły zgryzoty pobudkę do zadania sobie dobrowolnéj śmierci, późniéj dopiero występki, a nakoniec pijaństwo i gry, podczas gdy u kobiet przedewszystkiém odgrywały ważną rolę wstyd i żal, a dopiero potém zgryzoty. Co do rozdziału przypadków samobójstwa w poszczególnych miesiącach, to bliższe rozpatrzenie się w statystycznych wykazach stwierdza rzecz dawno dowiedzioną, mianowicie, że liczba samobójstw w ciągu roku popełnianych wzrasta wraz z nadejściem cieplejszéj pory roku; tak że *maximum* przypada w lecie, tj. w czasie panowania najwyższéj temperatury, a *minimum* w zimie.

Uwidocznia to zestawienie następujące:

	mężczyzn	kobiet		mężczyzn	kobiet
styczeń	333	80	sierpień	432	114
luty	293	87	wrzesień	363	110
marzec	366	89	październik	418	105
kwiecień	522	109	listopad	338	90
maj	521	139	grudzień	307	77
czerwiec	467	116	nieznane	52	10
lipiec	521	112	w ogóle	4933	1238.

(*Allg. med. Central-Ztg.*, 1886, 70).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 grudnia. Z numerem dzisiejszym Przegląd Lekarski kończy lat 25 swego istnienia. Dziękując szan. współpracownikom i prenumeratorom za poparcie, którego doznaliśmy i w ciągu roku ubiegającego, miło nam zawiadomić ich, że na mocy uchwały Komisyi redakcyjnéj Nr. 1, który wyjdzie d. 1 stycznia 1887 r., jako jubileuszowy, będzie 2—3-arkuszowy i wyjątkowo zawierać będzie tylko prace oryginalne W ułożeniu kolei tych artykułów wyszliśmy z zapatrywania, że autorom zamiejscowym należy się pierwszeństwo przed miejscowymi, co do jednych zaś i drugich zastosujemy porządek abecadłowy.

* **Warszawa**. W ciągu 5 miesięcy, które upłynęły od chwili rozpoczęcia tutaj leczenia wścieklizny metodą Pasteura leczono 89 osób, z których w 2 przypadkach 9 osób zostało pokąsanych przez koty a reszta 80 osób przez psy wściekłe lub silnie podejrzane Wścieklizna kąsającego zwierzęcia stwierdzoną została w 75% przypadków przez świadectwa lekarzy lub weterynarzy w 10% przez zaszczepienie królików psim mózgiem lub rdzeniem lub téż przez wściekniecie się równocześnie pokąsanych zwierząt. Wyniki stósowania metody uważać można za pomyślne zdarzył się bowiem dotąd tylko 1 przypadek zakończony śmiercią: jedynastoletni chłopiec pokąsany 2 sierpnia, a u którego rozpoczęto leczenie 11 sierpnia, zmarł 22 listopada. Dr. Sachs z Lublina, w którego opiece chory przed śmiercią pozostawał, nie może jednak stanowczo orzec czy przyczyną śmierci była tutaj wścieklizna czy też inna choroba. Chory umarł niespodziewanie i przytomnie, oprócz gorączki (39°) i chwilowego majaczenia innych objawów nie było.

* **Berlin**. Dnia 9 bm. obchodził Westphal 25 rocznicę zawodu nauczycielskiego w tutejszym Uniwersytecie.

Zawiązano tu nowe stowarzyszente lekarskie: *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*. W dniu 22 listopada odbyło się pierwsze zebranie nader liczne, na którém przewodniczył prof. Adelmann nie z wieku lub obioru lecz z powodu, że Towarzystwo to nie ma stałego przewodniczącego a na pojedynczych jego zebraniach mają przewodniczyć kolejno według alfabetycznego porządku pojedynczy członkowie.

* **Nekrologija**. W Igławie zmarł lekarz powiatowy Dr Hesky. — W Gracu pensyjonowany lekarz sztabowy Dr. Dietrich i lekarz pułkowy Dr. Drasch. — W Berlinie zmarł radca zdrowia Reinke. — W Meranie umarł Dr. Bernhard Baumann, lekarz zdrojowy w Francensbadzie, współwydawca *Oester. Bade-Zeitung*.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 51: Przedborskiego: Przypadek samodzielnego porażenia histerycznego krtani ze stałemi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego. Kilka słów w kwestyi powstawania, przebiegu, rozpoznawania i leczenia samodzielnéj histeryi krtani; Sokołowskiego: Parę uwag nad charakterem epidemii tyfusu brzusznego panującego w Warszawie w ciągu trzech lat ostatnich (c. d.).—W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 12: Wspomnienie Jana Dobrzańskiego (c. d.): Czy ćwiczenia gimnastyczne mogą być szkodliwe? Przechadzki i wycieczki (c. d.); Zarys ćwiczeń na poręczach (c. d.); Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich; Urywki higijeniczne; Kronika; Od administracyi; O gimnastyce.

Do Nru dzisiejszego dołącza się tytuł i Spis rzeczy zawartych w całym roczniku.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.